



# EFFEKTEVALUERING AF IBBIS-II PROJEKTET

*-En integreret behandlings- og beskæftigelsesindsats til sygedagpengemodtagere med depression, angst, stress, personlighedsforstyrrelse eller funktionel lidelse*

Af: Thomas Nordahl Christensen, Carsten Hjorthøj, Lene Falgaard Epløv  
Copenhagen Research Center for Mental Health – CORE  
Region Hovedstadens Psykiatri  
28.6.2024

## Indhold

Resumé .....	2
Baggrund.....	4
Formål.....	5
Metode .....	5
Studiedesign .....	5
In- og eksklusionskriterier.....	6
Rekruttering.....	6
Randomisering og blinding .....	6
Interventionerne.....	7
IBBIS-indsatsen .....	7
Standardindsatsen .....	8
Effekt mål.....	9
Primære effekt mål.....	9
Sekundære og eksplorativ effekt mål .....	9
Baselinemål vedrørende symptomniveau, funktionsniveau og livskvalitet .....	10
Subgruppe analyser .....	10
Dataanalyser .....	10
Prædiktorer for beskæftigelse .....	11
Prædiktoranalyser: .....	12
Resultater .....	13
Baseline karakteristika .....	13
Primære effekt mål: Tid til tilbagevenden til arbejde ved opfølgning efter 12 måneder.....	15
Sekundære- og eksplorativ effekt mål.....	15
Subgruppe og sensitivitet analyser .....	17
Programtrofasthedsmålinger.....	23
Prædiktorer for tilbagevenden til arbejde .....	24
Diskussion .....	27
Styrker og svagheder ved forsøget .....	29
Konklusion .....	29
Referencer .....	30
Bilag .....	32

## Resumé

**Baggrund:** En stigende andel af mennesker i den erhvervsaktive alder sygemeldes grundet psykiske sygdomme, hvor mere end 70% af personer med en længerevarende sygemelding i Danmark har en psykisk lidelse. Samtidig sker der en underbehandling af personer med lettere psykiske lidelser, hvilket understreger behovet for en integreret beskæftigelsesrettet- og sundhedsfaglig indsats. IBBIS II indsatsen er en opdatering af den tidligere IBBIS indsats, hvor målgruppen blev udvidet, organiseringen ændret og manualer blev tilpasset på baggrund af systematisk indsamlet viden, samt erfaringer fra den oprindelige IBBIS indsats.

**Formål:** Det overordnede formål var at undersøge om sygemeldte borgere med angst, depression, stress, personlighedsforstyrrelser eller funktionelle lidelser vender hurtigere tilbage til arbejde, hvis de tilbydes en integreret og optimeret beskæftigelsesrettet- og sundhedsfaglig indsats, sammenlignet med personer der modtager standardindsats.

**Metode:** Forsøget var designet som et multi-center, assessor-blindet, randomiseret forsøg. I perioden juni 2020 til oktober 2021 blev der inkluderet 900 deltagere med lettere psykisk sygdom eller funktionel lidelse i Aarhus og København. Deltagerne blev tilfældigt randomiseret til en af to grupper; 1) IBBIS II, bestående af en integreret og optimeret beskæftigelsesrettet- og sundhedsfaglig indsats; eller 2) Standard sundhedsfaglige og beskæftigelsesrettede indsatser. Det primære effektmål var forskellen mellem grupperne i tid til tilbagevenden til arbejde, målt fra baseline til 12 måneders opfølgning. Sekundære og eksplorative effektmål var bl.a. uger i beskæftigelse, lønindkomst samt kontakter og indlæggelser i primær- og sekundærsektorerne. Da der var forskel på organiseringen i de to sites, var der planlagt subgruppeanalyser, hvor alle effektmål analyseres for henholdsvis København og Aarhus, for at undersøge om organiseringen har betydning for effekter.

**Resultater:** Der var ikke forskel mellem den integrerede IBBIS II indsats og standardindsatsen, målt på det primære effektmål, tid fra baseline til tilbagevenden til arbejde ved 12-månedersopfølgningen (Hazard ratio (HR)=1,16 (95% CI 0,99-1,37),  $p=0,07$ ), men der var en tendens til at IBBIS II gruppen klarede sig dårligere på en række eksplorative beskæftigelsesmål, herunder tid til arbejde ved 6-måneders opfølgningen (HR=1,36 (95% CI 1,03-1,55)  $P=0,02$ ) og antal uger i arbejde ved 12-måneders opfølgning (Incidens rate ratio (IRR)= 1,14 (95% CI 1,04-1,27)  $P=0,008$ ). Derudover havde IBBIS gruppen færre ambulante psykiatriske kontakter, og færre kontakter i primærsektoren, herunder kontakter hos psykiater, psykolog og almen praksis. Når effekterne af IBBIS II undersøges opdelt på Aarhus og København, var der en negativ effekt af IBBIS på det primære effektmål i Aarhus (HR=1,36 (95% CI 1,06-1,73  $p=0,01$ ).

**Konklusion:** Den integrerede beskæftigelsesrettet- og sundhedsfaglig indsats (IBBIS II), var ikke mere effektiv en standard indsatsen i forhold til tid til ordinær ansættelse, men der var en tendens til at standardindsatsen klarede sig bedre på udvalgte eksplorative beskæftigelsesmål. Derudover var der en tendens til at deltagelse i IBBIS II reducerer kontakter til den ambulante psykiatriske behandling og kontakter i primærsektoren. Det ikke muligt at afgøre om det reducerede antal sundhedskontakter udelukkende er i perioden hvor der tilbydes en sundhedsindsats i IBBIS II, eller om

deltagerne også havde et reduceret forbrug, sammenlignet med standardindsatsen, efter sundhedsindsatsen i IBBIS indsatsen ophørte. På baggrund af disse resultater anbefales det ikke at IBBIS II indsatsen implementeres bredt i Danmark.

## Baggrund

Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) identificerede i 2013 udfordringer i forhold til arbejdstilknytning blandt mennesker med psykiske sygdomme i Danmark, hvor de fandt, at en stor andel af mennesker i den erhvervsaktive alder blev sygemeldt grundet psykiske sygdomme. Blandt længerevarende sygemeldte havde 70% således en psykisk lidelse, og heraf havde 50 % det, der ofte betegnes som en lettere psykisk lidelse. Samtidig var der en underbehandling af gruppen, således at mindre end 30 % blev behandlet for deres psykiske lidelse<sup>1</sup>. OECD kom på baggrund af dette med en række anbefalinger, herunder at identificere udbredte psykiske problemstillinger blandt borgere i de kommunale jobcentre, samt at udvikle og iværksætte behandlings- og beskæftigelsesrettede indsatser for denne målgruppe<sup>1</sup>.

I forlængelse af disse anbefalinger blev projekt "Integreret **B**eskæftigelses- og **B**ehandlingsindsats til Sygedagpengemodtagere (IBBIS)" iværksat i 2016(2,3). Formålet med forsøget var at undersøge om en integreret behandlings- og beskæftigelsesindsats (IBBIS-indsatsen) kunne få borgere, der er sygemeldt med angst, depression eller stress-relaterede tilstande hurtigere og bedre tilbage til arbejde. IBBIS-indsatsen var baseret på fire værdier: evidensbaseret praksis, selvbestemmelse på et informeret grundlag, en personcentreret tilgang og en gradueret indsats med udgangspunkt i mindst intensiv behandling. Indsatsen havde fokus på at bedre den enkeltes mentale helbred, at processen med at vende tilbage til arbejde startede så tidlig som muligt, samt forbedring af eksterne forhold herunder integration af indsatserne. IBBIS-indsatsen blev leveret af et team, bestående af sundhedsfaglige medarbejdere fra Region Hovedstaden Psykiatri (care-managere, psykiater og psykolog) og medarbejdere fra de samarbejdende kommuners jobcentre (beskæftigelseskonsulenter).

Der var således tale om et nybrud i beskæftigelses- og behandlingsindsatsen i Danmark til personer med lettere sindslidelser, men den integrerede indsats viste sig midlertidig svær at implementere i IBBIS, og der var derfor behov for en opdatering af grundlæggende elementer i indsatsen. Derudover var der blevet identificeret yderligere to vigtige diagnosegrupper, som ikke var inkluderet i det oprindelige IBBIS studie. På baggrund af dette blev der derfor udviklet en ny og opdateret indsats inden IBBIS projektet var afsluttet. Målgruppen for den nye integrerede sundhedsfaglige- og beskæftigelsesrettede IBBIS II indsats blev dermed udvidet til at også at omfatte sygemeldte med funktionelle lidelser og personlighedsforstyrrelser, ud over de oprindelige diagnosegrupper depression, angst og stress-tilstande. Der blev i denne sammenhæng foretaget en systematisk indsamling af viden på området, og på baggrund af dette og erfaringer opsamlet i IBBIS projektet blev manualer og organisering opdateret. Den nye organisering betød at projektet organisatorisk og ledelsesmæssige blev placeret i jobcenteret, hvor også det samlede IBBIS team var placeret. Derudover var der i manualer og undervisningen et større fokus på kontakten til arbejdspladsen, hvor der i højere grad var lagt op til gradvis tilbagevenden til arbejde, og beskrivelsen og anvendelsen af treparts møder og efterværn blev udvidet. Den understøttende sundhedsindsats blev ligeledes opdateret på baggrund af en systematisk litteratursøgning, samt viden fra workshops afholdt med eksperter og der blev udarbejdet nye behandlingsmanualer for de nye målgrupper. På baggrund af disse ændringer blev det vurderet relevant at undersøge effekten af den opdaterede IBBIS II indsats i et nyt randomiseret forsøg.

I IBBIS II projektet indgår to forsøgssites i henholdsvis København og Aarhus kommuner, hvor der blev samarbejdet med en regional sundhedsenhed. Aarhus kommune samarbejdede med Klinik for Socialmedicin & Rehabilitering, Region Midtjylland. Københavns kommune samarbejdede med Psykoterapeutisk ambulatorium, Region Hovedstadens Psykiatri. Indsatsen var organiseret i Jobcenteret, men hvor sundhedspersonalet fortsat var ansat i regionen, med henblik på en forankring i et stærkt sundhedsfagligt miljø.

Forsøget startede 1. maj 2019 og var oprindeligt planlagt til at blive afsluttet april 2022, men på grund af covid-19, blev beskæftigelsesindsatsen suspenderet fra marts til juni 2020, hvilket betød at de allerede inkluderede borgere fik en afbrudt indsats, og derfor ikke var relevant at medtage i det randomiserede forsøg. Forsøgsperioden blev derfor forlænget, som følge af nedlukningen, således at perioden fra 1. maj 2019 til 1. juni 2020 anses som et pilotprojekt, hvor hovedforsøget kørte fra 1 juni 2020 og frem til september 2022, med sidste inklusion af borgere 1. oktober 2021. Konsulenthuset DISCUS har haft opgaven for STAR med implementeringsstøtte og projektledelse, og har bidraget med løbende information til evaluatoren.

## Formål

Det primære formål var at undersøge om sygemeldte borgere med angst, depression, stresstilstande, personlighedsforstyrrelser eller funktionelle lidelser, som tilbydes en integreret og optimeret beskæftigelsesrettet- og sundhedsfaglig indsats (IBBIS II), får hurtigere, og mere varig tilknytning til arbejdsmarkedet end personer, som modtager den vanlige sundhedsfaglig og beskæftigelsesrettet standardindsats.

Målet var endvidere at inkludere tilstrækkelig antal deltagere med angst, depression, stresstilstande, personlighedsforstyrrelser og funktionelle lidelser til med tilstrækkelig styrke at undersøge beskæftigelseseffekter for hver enkelt diagnosegruppe, samt med prædiktoranalyse at undersøges kliniske og sociodemografiske faktoreres betydning for tilbagevenden til arbejde blandt deltagerne i forsøget.

## Metode

### Studiedesign

Projektet var designet som et randomiseret, multicenter-forsøg med blindede forskere. IBBIS II- indsatsen blev leveret af et tværsektorielt og tværfagligt team, der var organiseret i samarbejde mellem Aarhus og Københavns kommuner samt Klinisk Socialmedicin & Rehabilitering, Region Midtjylland og Psykoterapeutisk Klinik, Region Hovedstadens Psykiatri.

Forsøget tog udgangspunkt i anbefalingerne fra de modificerede CONSORT-kriterier, for ikke-farmakologiske forsøg(4). Der blev randomiseret særskilt i pilotfasen og i hovedforsøget. I begge faser blev deltagerne randomiseret 1:1 i forsøgets to arme.

## In- og eksklusionskriterier

Deltagere kunne blive inkluderet i projekt hvis de:

- Var sygemeldt fra arbejde eller jobsøgende, og havde modtaget sygedagpenge i mindst fire uger
- Opfyldte kriterierne for angst, depression, stress, personlighedsforstyrrelse eller funktionel lidelse ved klinisk vurdering foretaget med struktureret diagnostisk interview udført af IBBIS teamet.
- Var bosiddende i København eller Aarhus kommune.
- Var i stand til at læse og forstå dansk, således at det var muligt at gennemføre interview og udfylde spørgeskemaer uden brug af tolk.
- Var 18 år eller ældre.
- Havde givet informeret skriftligt samtykke.

Da interventionen ikke var designet med henblik på at tilbyde akut eller specialiseret behandling, kunne deltagerne ikke blive inkluderet i projektet hvis de:

- Opfyldte kriterierne for demens
- Havde misbrug af alkohol eller euforiserende stoffer i en sådan grad at deltagelse i terapi ikke var muligt (Ved henvisning vurderes et behov for behandling i behandlingspsykiatrien)
- Havde en ustabil somatisk tilstand der var for alvorlig til deltagelse i projekt
- Havde høj grad af selvmordstanker
- Ikke ønskede at afstå fra at deltage i psykoterapi eller psykoterapilignende behandling uden for IBBIS-projektet, mens vedkommende modtog IBBIS-indsatsen, såfremt deltageren blev randomiseret til at modtage IBBIS-indsatsen.

## Rekruttering

Sygedagpengesagsbehandlere fra jobcentrene i de to kommuner kunne henvise borgere til projektet ved at anmode om en sundhedsfaglig udredning i form af en speciallæge attest. Dette kunne ske hvis egen læge ved LÆ285 havde anført psykisk sygdom eller funktionel lidelse eller mistanke herom, eller borgeren eller sagsbehandleren havde mistanke om en psykisk lidelse eller funktionel lidelse, og borgeren havde givet informeret samtykke til at deltage i den sundhedsfaglige udredning. Hvis borgeren ved den sundhedsfaglige udredning opfyldte kriterierne for diagnoserne angst, depression, stress, personlighedsforstyrrelse eller funktionel lidelse, kunne borgeren indgå i forsøget og blev herefter informeret mundtligt og skriftligt om forsøget. Hvis der fortsat var et ønske om deltagelse, skulle der underskrives et informeret samtykke og deltageren kunne herefter blive randomiseret til enten IBBIS II eller standardindsats, såfremt de øvrige inklusionskriterier var overholdt.

## Randomisering og blinding

Randomiseringen skete ved en central computerbaseret randomisering foretaget som en del af procesunderstøttelsen og af anden part end evaluator. Der blev randomiseret i en ratio 1:1 til forsøgets to arme og der blev anvendt

stratificering for at sikre balance i randomiseringen indenfor specificerede grupper, som antages at have en betydning for forsøgets udfald. Stratifikationsvariablerne var; 1) arbejdsmarkedstilknytning (i arbejde/ledig) ved sygemelding, 2) diagnose (personlighedsforstyrrelse, funktionel lidelse, stresstilstande, angst og depression), 3) indsatssted (Vestdanmark/Østdanmark). Projektets effektmål var udelukkende baseret på registerdata, hvorfor blinding af dataindsamler ikke var nødvendigt. Deltagerne i forsøget og IBBIS teamet kunne ikke være blindet for allokeringen, hvorimod evaluator var blindet, både overfor randomiseringens allokeringsskvens og overfor blokstørrelse, så det var sikret at det ikke kunne afgøres hvilken gruppe der var indsatsgruppen. Under arbejdet med analyserne blev grupperne analyseret som "X" og "Y" og evaluator fik først adgang til oplysninger om allokeringen efter analyserne var foretaget og konklusionen var skrevet.

## Interventionerne

### IBBIS-indsatsen

I projektet indgik to forsøgssites i henholdsvis København og Aarhus kommuner, hvor der blev samarbejdet med en regional sundhedsenhed. I Vestdanmark skete samarbejdet med Klinisk Socialmedicin & Rehabilitering, Region Midtjylland og i Østdanmark, Psykoterapeutisk ambulatorium, Region Hovedstadens Psykiatri. Indsatsen var organiseret i jobcenteret, men hvor sundhedspersonalet fortsat var ansat i en regional enhed, med henblik på en forankring i et stærkt sundhedsfagligt miljø. Både det sundhedsfaglige personale og det beskæftigelsesfaglige personale arbejdede efter en *stepped care* model, hvor de tilbød individualiseret hjælp baseret på borgerens behov. Det sundhedsfaglige personale tilbød differentieret behandling og beskæftigelseskonsulenterne tilbød hjælp til at fastholde kontakten til arbejdsmarkedet, gennem målrettet kontakt til arbejdsgivere, enten på den eksisterende arbejdsplads, eller via omvendt formidling. Med henblik på at sikre en høj grad af samarbejde, blev der anvendt relationel koordinering, hvor målet var at medarbejderne skulle arbejdede med fælles mål og fælles viden, og med gensidig respekt for hinandens fagligheder. Indsatsen er grundigt beskrevet i to manualer udviklet til henholdsvis beskæftigelseskonsulenter og care managers. I det følgende er de forskellige faser og kerneelementerne beskrevet.

**1. Udredning af målgruppen:** Udredning for psykiske eller funktionelle lidelser

**2. Planlægning af den integrerede indsats:** Der udarbejdes en fælles plan og der tages fælles beslutninger i den integrerede beskæftigelses- og understøttende sundhedsindsats, hvor der er fokus på disclosure - åbenhed om sygdom – og pårørendeinddragelse.

**3. Beskæftigelsesrettet indsats:** Der er fokus på tilbagevenden til arbejde og løbende vurdering af jobmål, kompetencer og særlige hensyn. Der ydes støtte til hurtig og hyppig kontakt med eksisterende arbejdsgivere (beskæftigede) og potentielle arbejdsgivere (ledige). Sygemeldte ledige tilbydes en individualiseret jobsøgningsindsats, og fokus er på ordinære timer for sygemeldte fra ledighed.

**4. Den understøttende sundhedsindsats:** I den understøttende sundhedsindsats anvendes *stepped care* princippet som omfatter følgende behandlinger; psykoedukation (hjælp til selvhjælp), kognitiv adfærdsterapi til depression og angstlidelser og særlig stressinterventioner til stress og stress-relaterede lidelser, psykoterapi, fysioterapi og rådgivning om medicinsk behandling/medicinsanering.



**5. Efterværn:** Der er efterfølgende støtte i efterværn.

**6. Organisering af indsatsen:** Beskæftigelseskonsulenter (BK) og Care managers (CM) uddannes i IBBIS indsatsen og er organiseret i IBBIS-teams med en fast dimensionering, hvor den enkelte kernemedarbejder har et gennemsnitligt caseload på hhv. 30 (BK) og 25 borgere (CM). Den enkelte borger er kontinuerligt tilknyttet samme BK og samme CM, som arbejder integreret og sidder fysisk sammen på jobcenteret. Kernemedarbejderne er tilknyttet et team med en teamleder, der har fokus på monitorering og kvalitetssikring. Ledelsen på tværs af enheder har fokus på implementering og opfølgning.

### Standardindsatsen

Kontrolgruppen modtog den samme grundige udredning for psykiske eller funktionelle lidelser som indsatsgruppen. Derudover modtog de den behandlingsmæssige og beskæftigelsesmæssige indsats, der var i den pågældende region og kommune, og som normalt tilbydes borgere, der er sygemeldte grundet depression, angst, stresstilstande, personlighedsforstyrrelser og funktionelle lidelser. Den sundhedsfaglige indsats for deltagere, der er sygemeldt med angst eller depression, er typisk baseret på kontakt og opfølgning hos egen læge, der kan tilbyde op til syv samtalerapiesessioner eller henvises til psykolog. Personer med depression (alle aldersgrupper) og angst (alder 18–38 år) kan modtage tilskud til 12 sessioner med individuel psykoterapi, hvis de henvises via egen læge. Deltagere med personlighedsforstyrrelse eller funktionel lidelse kan være målgruppen for specialiserede tilbud i de psykiatriske centre, herunder 12 måneders individuel og gruppebaseret terapi i psykoterapeutisk ambulatorium eller forløb i klinik for funktionel lidelse. De psykiatriske centre tilbyder strukturerede pakkeforløb til mennesker med depression eller angst, typisk bestående af 6-18 ambulante sessioner af psykoterapi. Den sundhedsfaglige indsats for deltagere, der var sygemeldt med stress-relaterede tilstande, er mindre ensartet. Et stort antal private virksomheder i Danmark tilbyder behandling af stress-relaterede lidelser gennem et voksende marked med forsikringsselskaber og out-of-pocket-tilbud. Disse er blevet karakteriseret som meget forskelligartede og uden evidensbase. Praktiserende læger kan tilbyde op til syv terapiesessioner målrettet patienter med let til moderat stress, angst eller depression.

Jobcentrene skal i sygedagpengesager tilrettelægge et opfølgingsforløb med henblik på at understøtte tilbagevenden til job. Kommunen skal i sager med en varighed på mere end 8 uger afholde første opfølgningssamtale senest inden udgangen af 8. fraværsuge med visitation til en virksomhedsrettet indsats efter sygedagpengeloven og tilbud efter lov om en aktiv beskæftigelsesindsats for sygemeldte, der ikke er i ansættelse. For sygemeldte, der er i ansættelse, tilbydes en indsats med et klart, arbejdspladsbaseret fokus, der kan støtte dem i at fastholde deres job. Der kan også henvises til en tværfaglig indsats efter indstilling fra rehabiliteringsteamet. Indsatsen består af en beskæftigelsesindsats i form af tilbud om vejledning og opkvalificering, virksomhedspraktik, ansættelse med løntilskud og mentor. Sygedagpengemodtagere, der ikke opfylder betingelserne for at få forlænget retten til sygedagpenge, men fortsat er uarbejdsdygtige på grund af sygdom, overgår til jobafklaringsforløb. Kommunen er ansvarlige for at sager på sygedagpengeområdet er tilstrækkeligt oplyst, herunder, at de relevante og nødvendige helbredsoplysninger foreligger. Samarbejdet mellem jobcenter og sundhedssystemet foregår i den forbindelse typisk gennem standardiserede lægeattester.

## Effektmål

### Primære effektmål

Det primære effektmål var tid fra baseline til tilbagevenden til arbejde (TTA) ved 12-måneders opfølgningen. Tilbagevenden til arbejde blev defineret som værende i arbejde i fire sammenhængende uger med løn, og uden at have modtaget sygedagpenge eller anden understøttelse i perioden. Oplysninger omkring indkomst blev hentet fra DREAM-databasen. Projektets definition af tilbagevenden til arbejde omfattede også ansættelser i fleksjob, for de borgere, der allerede ved inklusion i forsøget var godkendt til fleksjob.

### Sekundære og eksplorative effektmål

I tabel 1 ses en oversigt over de øvrige sekundære og eksplorative effektmål. Effektmålet, antal kontakter i primærsektoren, måler alle kontakter til privatpraktiserende sundhedsprofessionelle under sygesikringen ved 6 og 12 måneders opfølgning, målt med data fra sygesikringsregisteret. Dvs at det kun er ydelser hvor der er givet refusion gennem den offentlige sygesikring, og ikke f.eks. psykolog gennem private sundhedsforsikringer. Derudover opdeles effektmålet i følgende undergrupper. 1) alment praktiserende læger 2) psykologer 3) psykiatere 4) andre privatpraktiserende sundhedsprofessionelle under Sygesikringen, fx fysioterapeuter, kiropraktorer, hudlæger mv.

**TABEL 1 OVERSICHT OVER PRIMÆR, SEKUNDÆRE OG EKSPLORATIVE EFFEKTMÅL**

	Datakilde	Effektmål	Baseline	6 mdr.	12 mdr.
1) Primær	DREAM-data	Tid til tilbagevenden til arbejde ( $\geq 4$ ugers sammenhængende arbejde uden sygedagpenge)	X		X
2) Sekundær	DREAM-data	Andel i ordinær beskæftigelse ( $\geq 4$ ugers sammenhængende arbejde uden sygedagpenge) ved 12 måneders opfølgningen.	X		X
3) Eksplorativ	DREAM-data	Tid til tilbagevenden til arbejde ( $\geq 4$ ugers sammenhængende arbejde uden sygedagpenge) ved 6 måneders opfølgningen	X	X	
4)	DREAM-data	Andel ordinær beskæftigelse ( $\geq 4$ ugers sammenhængende arbejde uden sygedagpenge) ved 6 måneders opfølgningen	X	X	
5)	DREAM-data	Andel i ordinær og støttet beskæftigelse ( $\geq 4$ ugers sammenhængende arbejde med eller uden sygedagpenge eller andre sociale ydelser) ved 6 og 12 måneders opfølgningen	X	X	X
7)	DREAM-data	Uger i ordinær beskæftigelse ( $\geq 4$ ugers sammenhængende arbejde uden sygedagpenge) i opfølgningsperioden	X	X	X
8)	E-indkomst data	Indkomst i opfølgningsperioden	X	X	X
9)	Landspatientregisteret (psykiatri)	Antal indlæggelser på psykiatrisk hospital	X	X	X
10)	Landspatientregisteret (psykiatri)	Antal indlæggelsesdage på psykiatrisk hospital	X	X	X
11)	Landspatientregisteret (psykiatri)	Antal psykiatriske ambulante kontakter	X	X	X
12)	Landspatientregisteret	Antal indlæggelser på somatisk hospital	X	X	X
13)	Landspatientregisteret	Antal indlæggelsesdage på somatisk hospital	X	X	X
14)	Landspatientregisteret	Ambulante somatiske kontakter	X	X	X
15)	sygesikringsregisteret	Kontakter i primærsektoren gennem offentlig sygesikring	X	X	X

## Baselinemål vedrørende symptomniveau, funktionsniveau og livskvalitet

Deltagerne blev derudover testet med en række psykometriske spørgeskemaer, samt test omhandlende funktion og livskvalitet ved baseline interviewet. Det var ikke muligt at gentage disse målinger ved opfølgningen, hvilket betyder at resultaterne udelukkende bliver præsenteret som baselinemål for henholdsvis IBBIS og kontrolgruppen, samt anvendt i en prædiktoranalyse, hvor testresultaterne bruges til at estimere betydningen af scoren på den enkelte skala i forhold til at opnå varig beskæftigelse. De inkluderede skalaer var 1) Symptomniveau målt med *the Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ)*(5), 2) Social og arbejdsrelateret funktion målt med *Work and Social Adjustment Scale (WSAS)*(6), 3) Udbrændthed målt med *Karolinska Exhaustion Scale (KES)*(7), 4) Personlighedsmæssig dysfunktion målt med *Level of Personality Functioning Scale - Brief Form (LPFS-BF) 2.0*(8), 5) Forskelle i social og arbejdsrelateret funktion målt med *the Work and Social Adjustment Scale (WSAS)*(6), 6) Graden af funktionel lidelse og helbredsangst målt med *Common Mental Disorders Questionnaire (CMSQ), Questions 1-19*(9), 7) Social funktionsniveau målt med *the Sheehan Disability Scale (SDS)*(10), 8) Troen på at kunne arbejde målt med *Return to work self-efficacy (RTW-SE)*(11) Troen på at kunne mestre sygdom målt med *University of Washington Self-Efficacy Scale (UW-SES)*(12) Livskvalitet målt med *The Quality of Life Scale (QOLS)*(13) Helbredsrelateret livskvalitet målt med *EQ-5D-5L*(14)

## Subgruppe analyser

Alle effektmål som er oplistet i tabel 1. analyseres derudover i subgrupper bestående af:

- Angst, depression, stresstilstande, personlighedsforstyrrelser og funktionelle lidelser.
- Deltagere fra hhv. Vestdanmark og Østdanmark.
- Deltagere med henholdsvis lav ( $\leq 42,6$ ) eller høj ( $> 42,6$ ) baseline self-efficacy (tro på egen evne til at organisere og udføre handlinger på trods af fysiske eller psykiske udfordringer), målt med University of Washington Self-Efficacy Scale.
- Sygemeldte fra hhv. arbejde eller ledighed.

I tillæg til effektanalyserne undersøges kliniske og sociodemografiske faktorerers betydning for tilbagevenden til arbejde blandt deltagerne i forsøget. Se afsnittet vedr. prædiktorer for beskæftigelse.

## Dataanalyser

Det primære formål med forsøget var at teste, om der var forskel i tid fra baseline til tilbagevenden til arbejde mellem de to grupper ved 12-månedersopfølgningen. Det primære effektmål blev målt med registerdata fra DREAM-databasen, hvorfor data var forventet at være komplet. forskellene mellem de to grupper blev testet Cox proportional hazard regression og Kaplan-Meier overlevelseskurver præsenteres. Estimerne for behandlingseffekten præsenteres med hazard ratio (HR) med 95% konfidensinterval og en p-værdi.

Cox-regression blev også brugt til de sekundære effektmål tid fra baseline til tilbagevenden til arbejde ved 6 måneders opfølgningen. Alle analyser blev justeret for de tre stratifikationsvariabler, arbejdsmarkedstilknytning (i arbejde/ledig) ved sygemelding, diagnose (personlighedsforstyrrelse, funktionel lidelse, stresstilstande, angst og depression) samt indsatssted (Vestdanmark/Østdanmark). Effektmålet 'andel i arbejde' blev analyseret med logistisk regression og præsenteret med procentsatser, odds ratio og 95% konfidensinterval.

Det var forventet at de kontinuerte effektmål, herunder antal uger i arbejde, lønindkomst i opfølgingsperioden, og kontakter i primær- og sekundærsektorerne vil være skævt fordelt, hvorfor det var planlagt at anvende en robust poisson regression model til at teste for forskellen mellem grupperne. Hvis antagelsen om en poisson distribution ikke var til stede, testet med goodness-of-fit test, var de planlagt alternative analysemetoder negativ binomial regression model. I enkelte tilfælde passede zero-inflated negative binomial regression bedre på data, hvorfor denne model blev anvendt, selv om det ikke var præspecificeret. Alle kontinuerte analyser præsenteres med Incidens Rate (IR) og Incidens Rate Ratio og 95% konfidensinterval. Dataanalyserne var baseret på intention-to-treat-princippet, hvilket vil sige at data fra alle deltagere blev inkluderet i analyserne, uanset om de gennemførte interventionen. Der blev ikke taget højde for censurering, så dem der er døde, emigrerede, eller var på efterløn eller folkepension talte som ikke opnået arbejde.

## Prædiktorer for beskæftigelse

I tillæg til effektanalyserne blev kliniske og sociodemografiske faktorer betydning for tilbagevenden til arbejde blandt deltagerne i forsøget undersøgt, da dette kan være vigtig viden i forhold til fremtidig videreudvikling og tilpasning af indsatsen og en viden der er underbelyst for målgruppen. De kliniske variabler der indgik i analysen blev indhentet via spørgeskema og interview forud for randomiseringen og bestod af:

Symptomniveau af hhv. angst, depression, stress, personlighedsforstyrrelser og somatisering målt med:

- Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ)
- Karolinska Udmattelsesskala 26+ (KES)
- Level of Personality Functioning Scale – Brief Form (LPFS-BF) 2.0
- Common Mental Disorders Questionnaire (CMSQ), spørgsmål 1-19)

Deltagernes diagnoser:

Angst, depression, stress, personlighedsforstyrrelser eller funktionel lidelse ud fra diagnosticeringen jf. IBBIS manualen.

Funktionsniveau målt med:

- Sheehan Disability Scale (SDS)
- The Work and Social Adjustment Scale (WSAS)
- Self-efficacy målt med
- Return to work self-efficacy (RTW-SE)
- University of Washington Self-Efficacy Scale (UW-SES)

Livskvalitet målt med:

- The Quality of Life Scale (QOLS)
- Helbredsrelateret livskvalitet ved EQ-5D-5L

Følgende variabler indhentet fra DREAM, Landspatientregisteret og Sygesikringsregisteret bliver også inkluderet:

- Antal sygedage 1 år forud for inkludering i det randomiserede forsøg (dage med sygedagpenge)
- Antal indlæggelsesdage og ambulante kontakter på psykiatriske afdelinger 1 år forud for inkludering i det randomiserede forsøg
- Antal indlæggelsesdage og ambulante kontakter på somatisk afdeling 1 år forud for inkludering i det randomiserede forsøg

- Antal kontakter til primærsektoren (alment praktiserende læger, psykologer og psykiatere) 1 år forud for inkludering i det randomiserede forsøg.

Data vedr. indsats:

- Om deltagerne har fået IBBIS indsats eller normalindsats
- Om deltagerne har fået indsatsen i hhv. Vestdanmark og Østdanmark.

Sociodemografiske variabler der inkluderes

- Køn
- Alder

Prædiktoranalyser:

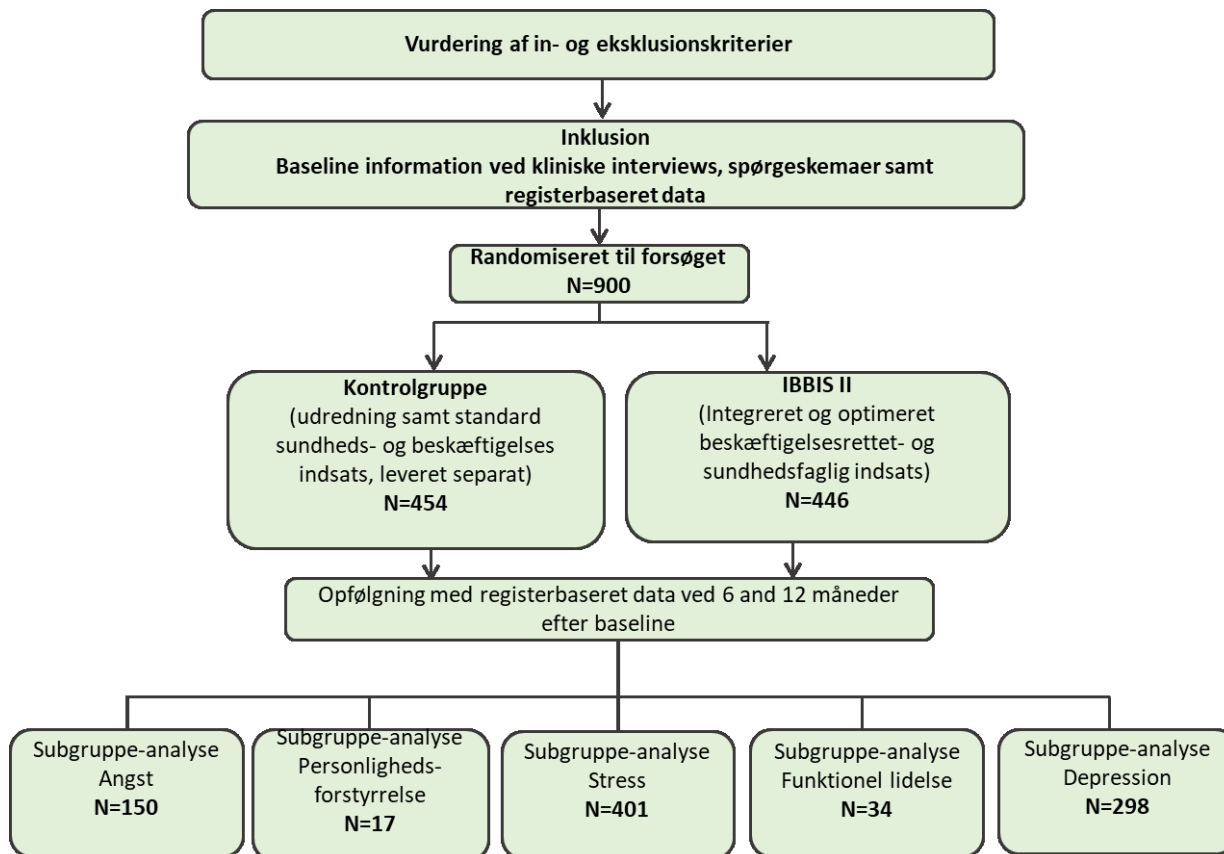
Først blev to grupper af deltagere defineret. Første gruppe bestod af de deltagere, der opnåede arbejde i minimum 4 uger indenfor den 12 måneders opfølgingsperiode, og den anden gruppe bestod af dem, der ikke opnåede arbejde. Gennemsnit med standardafvigelser, samt procentsatser for binære effektmål præsenteres for de to grupper, på alle de inkluderede variabler. Herefter blev den prædiktive værdi, af alle de inkluderede variabler, i forhold til at opnå arbejde, analyseret med en række univariable regressionsanalyser. For at kunne sammenligne de relative effekter af prædiktorer målt på forskellige skalaer blev alle kontinuerte variabler standardiseret, således at odds ratioen udtrykker den relative stigning i odds for beskæftigelse, når prædiktorvariablen stiger en standardafvigelse.

Dernæst blev de variabler, der var associeret med tilbagevenden til arbejde med en p-værdi under 0,1, beholdt for efterfølgende multivariable logistiske regressionsanalyser. Til slut blev analyserne opdelt på interventionsgrupper for at demonstrere, om der er forskel mellem grupperne, i forhold til hvilke variabler der har størst betydning for at opnå beskæftigelse.

## Resultater

Det randomiseret forsøgs flowchart fremgår af figur 1 og beskriver antal der blev inkluderet indenfor de ovenfor angivne diagnosegrupper med en ratio på 1:1 mellem deltagere i forsøget to arme.

FIGUR 1 FLOWCHART OVER DET RANDOMISEREDE FORSØG



### Baseline karakteristika

Tabel 1 viser de sociodemografiske karakteristika og kliniske effektmål ved baseline. Randomisering foregik som planlagt og der ses ikke væsentlige forskelle mellem grupperne på de inkluderede effektmål. Som det fremgår af tabel 1, var ca. en tredjedel af deltagerne mænd (26.4%) og deltagerne havde en gennemsnitsalder på 41 år (SD 11,6). Derudover var 23% uden tilknytning til arbejdsgiver ved baseline og der var en ligelig fordeling mellem deltagere i henholdsvis Aarhus og København. Mere end 54% oplevede moderat til svær psykopatologi mål med *Work and Social Adjustment Scale* og mere 95.6% oplevede nedsat funktionsniveau mål med *Sheehan Disability Scale*.

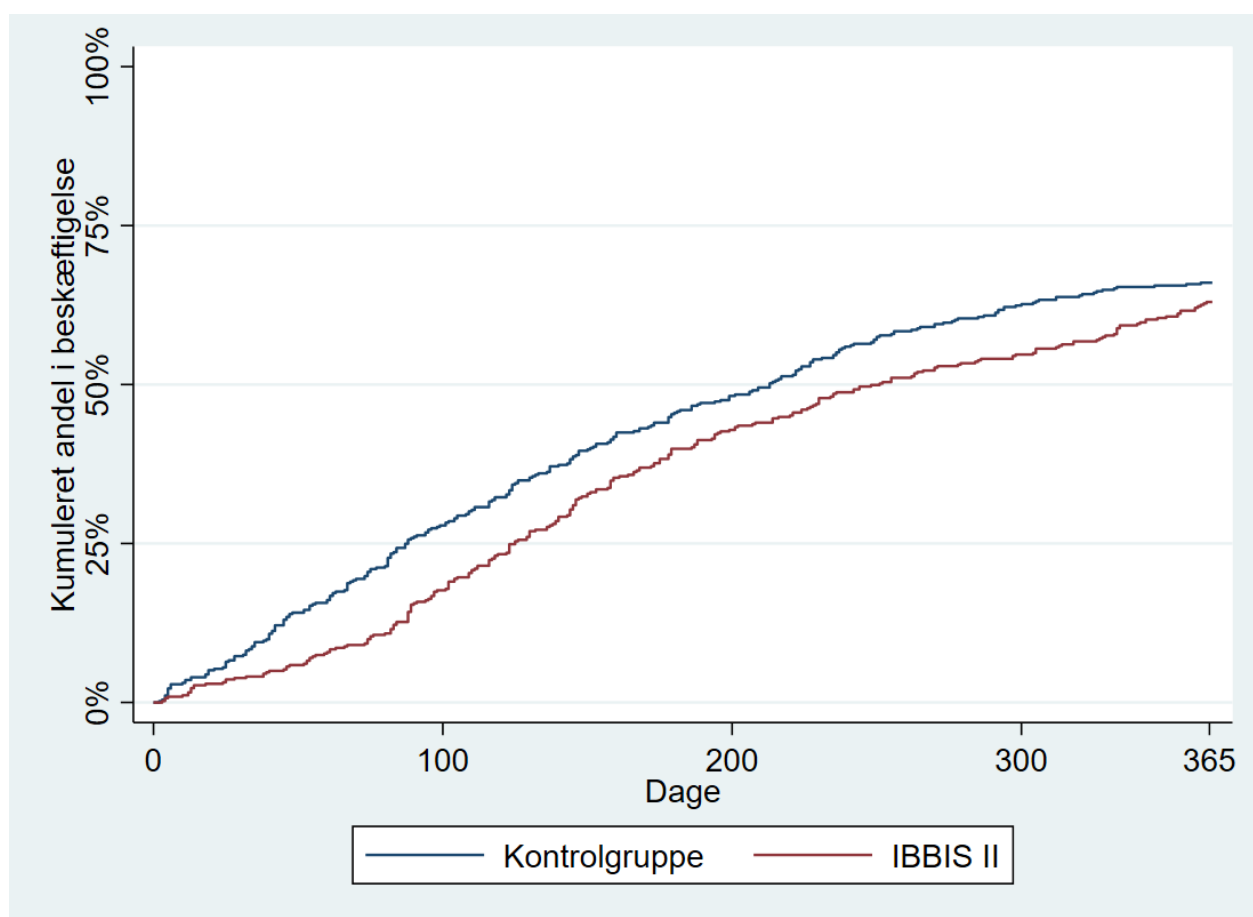
**TABEL 1. BASELINE KARAKTERISTIK (N=900)**

	IBBIS II (N=446)	SI (N=454)
Alder gennemsnit, (SD)	41,9 (11,8)	41,0 (11,6)
<b>Diagnose N, (SD)</b>		
Angst	76 (17,0%)	74 (16,3%)
Depression	139 (31,2%)	159 (35,0%)
Stress	200 (44,8%)	201 (44,3%)
Personligheds forstyrrelse	11 (2,5%)	6 (1,3%)
Funktionel lidelse	20 (4,5%)	14 (3,1%)
Arbejdsløs ved baseline N, (SD)	103 (23,1%)	105 (23,1%)
Mænd N (%)	113 (25,3%)	120 (26,4%)
<b>Site N, SD</b>		
Aarhus	224 (50,2%)	226 (49,8%)
København	222 (49,8%)	228 (50,2%)
<b>SKALAER Gennemsnit, (SD)</b>		
Four-Dimensional Symptom Questionnaire - 4DSQ (Angst)	5,8 (5,0)	5,8 (5,1)
Four-Dimensional Symptom Questionnaire - 4DSQ (Depression)	3,1 (3,0)	3,2 (3,2)
Four-Dimensional Symptom Questionnaire 4DSQ - (Stress)	19,6 (6,4)	19,9 (6,3)
Four-Dimensional Symptom Questionnaire 4DSQ (Somatisering)	12,5 (6,2)	12,7 (5,9)
Karolinska Exhaustion Scale – KES	77,5 (13,6)	78,1 (14,0)
Level of Personality Functioning Scale - Brief Form -LPFS-BF	12,6 (6,6)	12,8 (7,1)
Common Mental Disorders Questionnaire - CMSQ (Funktionel lidelse)	15,4 (8,0)	15,4 (7,8)
Common Mental Disorders Questionnaire - CMSQ (Helbredsangst)	7,2 (6,1)	7,1 (5,9)
Sheehan Disability Scale – SDS	18,4 (6,3)	18,8 (6,0)
The Work and Social Adjustment Scale - WSAS	21,3 (8,4)	20,9 (8,4)
Return to work self-efficacy -RTW-SE	3,2 (0,5)	3,2 (0,6)
University of Washington Self-Efficacy Scale - UW-SES	42,6 (8,4)	43,2 (8,5)
The Quality of Life Scale – QOLS	55,3 (12,5)	55,7 (12,4)
EQ5D	0,9 (0,1)	0,9 (0,1)
<b>DSQ Angst</b>		
Normal	329 (73,8%)	335 (73,8%)
Moderat	73 (16,4%)	58 (12,8%)
Svær	44 (9,9%)	61 (13,4%)
<b>DSQ Depression</b>		
Normal	234 (52,5%)	256 (56,4%)
Moderat	118 (26,5%)	96 (21,1%)
Svær	94 (21,1%)	102 (22,5%)
<b>DSQ Distress</b>		
Normal	37 (8,3%)	33 (7,3%)
Moderat	211 (47,3%)	211 (46,5%)
Svær	198 (44,4%)	210 (46,3%)
<b>DSQ Somatization</b>		
Normal	190 (42,6%)	186 (38,8%)
Moderat	203 (45,5%)	234 (51,5%)
Svær	53 (11,9%)	44 (9,7%)
<b>WSAS</b>		
Subklinisk	39 (8,7%)	43 (9,5%)
Funktionsnedsættelse	164 (36,8%)	164 (36,1%)
Moderat-svær psykopatologi	243 (54,5%)	247 (54,4%)
<b>CMSQ Funktionel lidelse (Funktionsnedsættelse)</b>	401 (89,9%)	409 (90,1%)
<b>CMSQ Helbredsangst (Funktionsnedsættelse)</b>	372 (83,4%)	388 (85,5%)
<b>SDS Nedsat social funktion</b>	425 (95,3%)	434 (95,6%)
DSQ= Four-Dimensional Symptom Questionnaire, WSAS=The Work and Social Adjustment Scale CMSQ= Common Mental Disorders Questionnaire, SDS=Sheehan disability scale		

### Primære effektmål: Tid til tilbagevenden til arbejde ved opfølgning efter 12 måneder

Der var ikke statistisk signifikant forskel mellem den integrerede IBBIS II indsats og standardindsatsen, målt på det primære effektmål, tid fra baseline til tilbagevenden til arbejde ved 12-månedersopfølgningen. For kontrolgruppen var den gennemsnitlige tid til arbejde 19,43 uger (SD 12,99) og for IBBIS gruppen 23,51 uger (SD 13,53). Ifølge Cox-regressionsanalyser var forskellen mellem grupperne ikke statistisk signifikant (HR=1,16 (95% CI 0,99-1,37), p=0,07). Figur 2 illustrerer tid til tilbagevenden til arbejde, hvor det ses at kontrolgruppen har en højere grad af tilbagevenden til arbejde over hele opfølgningsperioden, men ikke en statistisk signifikant forskel.

FIGUR 2 KAPLAN MEIER KURVE DER ILLUSTRER TID TIL TILBAGEVENDEN TIL ARBEJDE I HENHOLDSVIS IBBIS II OG KONTROLGRUPPEN



### Sekundære- og eksplorativ effekt mål

#### **Tid til tilbagevenden til arbejde ved opfølgning efter 6 måneder.**

Som det fremgår af figur 2, sker der en væsentlig større acceleration i tid til arbejde i kontrolgruppen sammenlignet med IBBIS gruppen i den første del af indsatsperioden. Når denne forskel analyseres inden for en 6-måneders periode var der, i modsætning til analyserne inden for en 12 måneders periode, en statistisk signifikant forskel, hvor kontrolgruppen kommer hurtigere i arbejde sammenlignet med IBBIS gruppen (HR 1,36 (95 % CI 1,03-1,55) P=0,02).

#### **Andel i ordinær beskæftigelse**

Ved 12 måneders opfølgningen var der i kontrolgruppen 51,7% som var i ordinær beskæftigelse i minimum fire uger. I IBBIS gruppen gjorde dette sig gældende for 47%, men dette var ikke en statistisk signifikant forskel (OR =1.21 (95% CI 0.92-1.59) P= 0.17). Ved 6-måneders opfølgningen var der 34,7% i kontrolgruppen og 30% i IBBIS-gruppen der var



kommet i arbejde, hvilket heller ikke var en signifikant forskel (OR =1.23 (95% CI 0.92-1.65) P= 0.16). Hvis vi ser på antallet af personer der på et tidspunkt i den 12-måneders opfølgingsperiode opnåede arbejde, af minimum fire ugers varighed, var der i kontrolgruppen 65,78% og i IBBIS-gruppen 62,39% der opnåede arbejde. Denne forskel er ligeledes ikke statistisk signifikant (p=0,29).

#### ***Andel i støttet og ustyttet beskæftigelse***

Der ses ikke forskel mellem grupperne i andelen der opnåede ordinær og støttet beskæftigelse ( $\geq 4$  ugers sammenhængende arbejde med eller uden sygedagpenge eller andre sociale ydelser). Ved 12 måneders opfølgningen var der 70,4% i kontrolgruppen der opnåede støttet og ustyttet beskæftigelse, hvilket gjorde sig gældende for 69,6% i IBBIS-gruppen (Odds ratio =1,05 (95% CI 0,78-1,43) P= 0,74). Ved 6-måneders opfølgningen var der i kontrolgruppen 72,0% der opnåede støttet og ustyttet beskæftigelse og i IBBIS indsatsen 66,2% (Odds ratio =1,38 (95% CI 1,00-1,90) P= 0,05).

#### ***Uger i ordinær beskæftigelse***

Uger i ordinær beskæftigelse, er opgjort som antal uger i beskæftigelse, der kan stamme fra flere forskellige jobs og ikke nødvendigvis af fire ugers sammenhængende ansættelse. Gennemsnitlige antal uger i arbejde ved 12-måneders opfølgningen var for kontrolgruppen 17,51 uger (95% CI 16,02-19,00) og IBBIS-gruppen 15,26 uger (95% CI 13,91-16,60). Sammenligningen mellem grupperne viser en statistisk signifikant forskel med en IRR på 1,14 (95 % CI 1,04-1,27) P=0,008. Målt ved 6-måneders opfølgningen var der ligeledes en signifikant forskel hvor kontrolgruppen i gennemsnit havde været 5,13 uger i beskæftigelse (95% CI 4,51-5,74) og IBBIS-gruppen 4,02 uger (95% CI 3,51-4,54). IRR=1,27 (95% CI 1,11-1,46) P= 0,001.

#### ***Løn optjent i opfølgingsperioden***

Der var ikke forskel mellem grupperne i løn fra ordinær beskæftigelse ved 12-måneders opfølgningen. Gennemsnitlig indkomst for kontrolgruppen var kr. 256.438 (95% CI 236.280 – 276.595) og IBBIS-gruppen kr. 239.898 (95% CI 220.673-259.123). IRR= 1,07 (95 % CI 0,96-1,19) P= 0,21. Ved 6-måneders opfølgningen var der ligeledes ingen forskel mellem grupperne. IRR =1,08 (95 % CI 0,98-1,19) P=0,13.

#### ***Antal indlæggelser og indlæggelsesdage på psykiatrisk hospital***

Der var kun 9 personer i den samlede population der var indlagt på psykiatrisk hospital i den 12 måneders opfølgingsperiode. I alt fire i Kontrolgruppen og fem i IBBIS-gruppen, hvilket også er illustreret i nogle meget lave incidens rater (IR), hvor der i kontrolgruppen var en IR på 0,004 (95% CI 0 – 0,011) pr. patient pr. år og i IBBIS gruppen en IR= 0,019 (95% CI 0,004 - 0,032) pr. patient pr. år. Der var ikke signifikant forskel mellem grupperne (IRR= 0,24 (95% CI 0,05-1,16), p=0,08).

Ligeledes var der ikke forskel imellem grupperne i indlæggelsesdage på psykiatrisk hospital, hvor incidens raten for kontrolgruppen var 0,08 (95% CI 0 - 0,26) dage pr. patient pr. år, og IBBIS gruppen 1,60 (95% CI 0 - 6,25) dage pr. patient pr. år (IRR= 0,05 (95% CI 0,00-2,41), p=0,13). Det er ikke muligt at rapportere resultater fra seks måneders opfølgningen da der var for få personer der blev indlagt.

#### ***Antal psykiatriske ambulante kontakter***

Der var relativt få psykiatriske ambulante kontakter i begge grupper, men der var en statistisk signifikant forskel mellem grupperne. Incidens raten for kontrolgruppen ved 12-måneders opfølgningen var 1,18 kontakter pr. patient pr. år (95% CI 0,51-1,85) og for IBBIS gruppen 0,60 (95% CI 0,32-0,88). Forskellen mellem grupperne viste en signifikant forskel med en IRR på 1,97 (1,06-3,66) P= 0,03. Ved 6 måneders opfølgning var IR for kontrolgruppen 0,48 (95% CI 0,29-0,68) og IBBIS-gruppen 0,22 (95% CI 0,13-0,31). Forskellen mellem grupperne var ligeledes signifikant med en IRR på 2,19 (95% CI 1,42-3,39) P=0,001

#### ***Antal indlæggelser og indlæggelsesdage på somatisk hospital***

Der var meget få indlæggelser og sengedage på somatisk hospital i begge grupper. I den 12-måneders opfølgingsperiode var der i gennemsnit 0,11 indlæggelser pr. deltager pr. år (95% CI 0,07-0,15) og for IBBIS-gruppen

0,12 indlæggelser (95% CI 0,08-0,17). Denne forskel var ikke statistisk signifikant (IRR 0,91 (95% CI 0,53-1,55) P= 0,73). Ved 6 måneder opfølgningen var det for kontrolgruppen 0,05 indlæggelser (95% CI 0,02-0,07) og IBBIS-gruppen 0,06 indlæggelser (95% CI 0,03-0,09). Forskellen mellem grupperne var ikke statistisk signifikant. (IRR =0,80 (95 % CI 0,38-1,65) P=0,54). Der var ligeledes ikke forskel mellem grupperne i antal sengedage ved 6 og 12 måneders opfølgningerne. Ved 12 måneders opfølgningen var der i gennemsnit 0,31 sengedage (95% CI 0,15-0,47) og IBBIS gruppen 0,33 sengedage (95% CI 0,14-0,52) (IRR=0,93 (95 % CI 0,43-2,00) P=0,85). Ved 6 måneders opfølgningen var det for kontrolgruppen 0,12 sengedage (95% CI 0,03-0,20) og IBBIS-gruppen 0,15 sengedage (95% CI 0,03-0,27) (IRR=0,79 (95 % CI 0,26-2,40) P=0,68).

### **Somatiske ambulante kontakter**

Der var relativt få somatiske ambulante kontakter i begge grupper. Incidensraten for kontrolgruppen ved 12 måneders opfølgningen var 1,85 (95% CI 1,49-2,22) og for IBBIS-gruppen 2,24 (95% CI 1,80-2,68). Forskellen mellem grupperne var ikke signifikant med en IRR på 0,83 (95% CI 0,63-1,09) P=0,18. Ved 6 måneders opfølgning var IR for kontrolgruppen 0,77 (95% CI 0,59-0,96) og IBBIS-gruppen 1,10 (95% CI 0,85-1,36), og her var forskellen mellem grupperne signifikant med en IRR på 0,70 (95 % CI 0,50-0,97) P=0,04.

### **Kontakter i primærsektoren**

Der var en lille men statistisk signifikant forskel mellem grupperne i antallet af kontakter i primærsektoren i den 12 måneders opfølgingsperiode. Kontrolgruppen havde i gennemsnit 19,60 kontakter (95% CI 18,31-20,88) og IBBIS-gruppen 17,08 kontakter (95% CI 15,95-18,20) (IRR 1,15 (95% CI 1,05-1,26) P=0,004). Ved seks måneders opfølgningen var der ligeledes en signifikant forskel mellem grupperne, hvor der for kontrolgruppen var 11,27 kontakter (95% CI 10,51-12,03) og IBBIS-gruppen 9,71 kontakter (95% CI 9,04-10,38) (IRR 1,16 (95% CI 1,05-1,28) P=0,003). I tabel 2 ses forskellen mellem grupperne opdelt på specialer. kontrolgruppen havde signifikant flere kontakter til psykiater, psykolog og almen praksis, men ikke på øvrige specialer i primærsektoren.

**TABEL 2 KONTAKTER I PRIMÆR SEKTOREN OPDELT PÅ SPECIALER**

<b>Kontakter i Primærsektor</b>	<b>Kontrolgruppen</b>	<b>IBBIS-gruppen</b>	<b>IRR</b>	<b>95% CI</b>	<b>P-værdi</b>
	<b>IR (95% CI)</b>	<b>IR (95% CI)</b>			
<b>Alle specialer</b>	19,60 (18,31-20,88)	17,08 (15,95-18,20)	1,15	1,05-1,26	0,004
<b>Psykiater</b>	0,61 (0,32-0,89)	0,30 (0,16-0,43)	2,05	1,19-3,51	<0,001
<b>Psykolog</b>	1,20 (0,91-1,48)	0,52 (0,36-0,67)	2,33	1,67-3,23	<0,001
<b>alm. Praksis</b>	13,37 (12,51- 14,23)	12,07 (11,29-12,85)	1,11	1,01-1,21	0,03
<b>andre specialer</b>	4,11 (3,60-4,62)	4,31 (3,78-4,85)	0,95	0,80-1,13	0,58

### **Subgruppe og sensitivitetsanalyser**

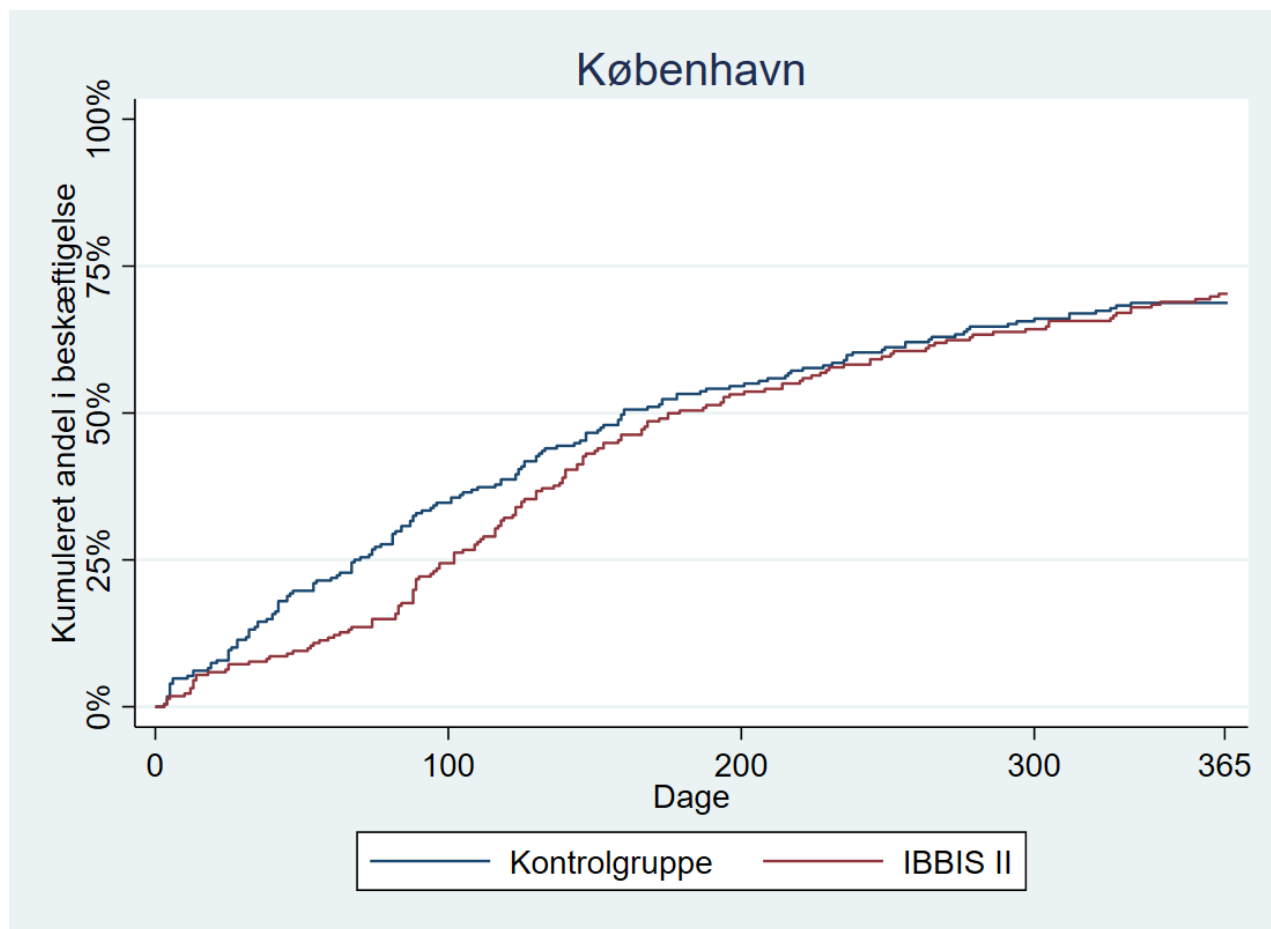
#### **Effekt mål opdelt på Aarhus/København**

Der var en forskel mellem deltagerne i København og Aarhus ved baseline. I Aarhus var der 27,23% der var uden arbejde ved baseline, hvilket gjorde sig gældende for 19,37% i København. Derudover var der flere med en stress diagnose i Aarhus (54,91%) sammenlignet med København (34,68%), men færre der havde en angst diagnose i Aarhus (12,05%) sammenlignet med København (22,07%). Der var ikke forskel mellem Aarhus og København på de øvrige inkluderede baselinemål. Den samlede baseline tabel opdelt på Aarhus og København kan findes i bilag 4.

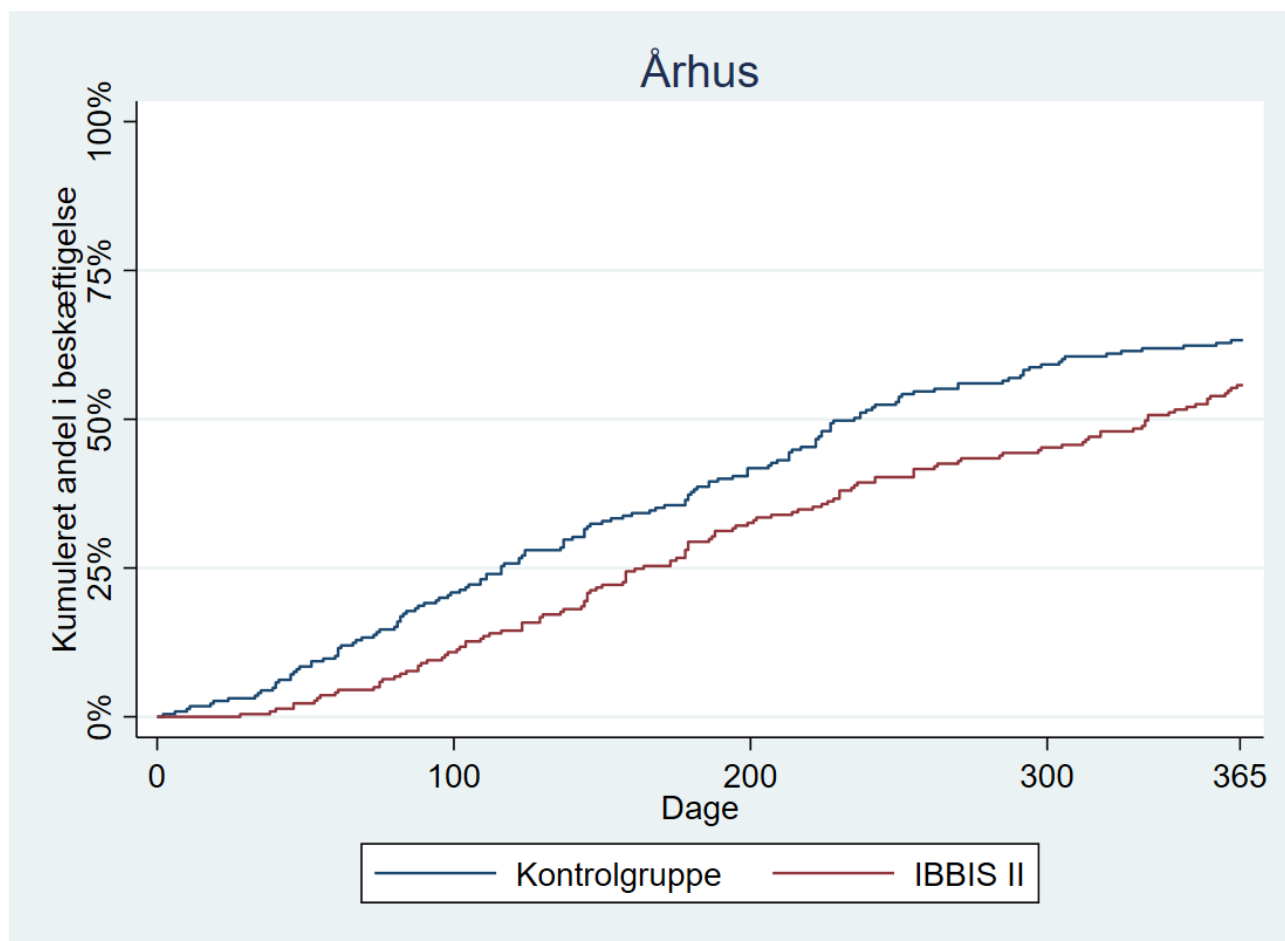
Figur 3 og 4 illustrerer tid til tilbagevenden til arbejde for henholdsvis IBBIS II gruppen og kontrolgruppen, opdelt på Aarhus og København. Her ses det at deltagerne i København, i både kontrolgruppen og IBBIS gruppen, kom mere i varig beskæftigelse sammenlignet med deltagerne i Aarhus. Der var i København ingen forskel mellem kontrolgruppen og IBBIS gruppen, men i Aarhus synes kontrolgruppen at komme hurtigere og mere i arbejde sammenlignet med IBBIS-

gruppen, hvor der er en signifikant forskel på det primære effektmål tid til arbejde (HR=1,36 (95% CI 1,06-1,73 p=0,01). Derudover var der ved 12 måneders opfølgningen i Aarhus 50,67% der var i varig beskæftigelse i kontrolgruppen sammenlignet med 39,64% i IBBIS gruppen (OR 1,68 (95% CI 1,13-2,50 P=0,01). I København var der 52,63% i kontrolgruppen der var i arbejde og 54.50% i IBBIS gruppen, men ikke en statistisk signifikant forskel. Kontrolgruppen i Aarhus var også i gennemsnit flere uger i beskæftigelse (16,1 uger) sammenlignet med IBBIS II gruppen (13.02 uger) (IRR= 1,19 (95% CI 1,01-1,39) P=0,04). Der var ikke forskel mellem grupperne i København. Ved effektmålet, kontakter i primærsektoren, ses det derimod at kontrolgruppen i Aarhus havde signifikant flere kontakter. Alle effektmål opdelt på henholdsvis Aarhus og København er præsenteret i tabel 3. Det var ikke muligt at lave opgørelser for indlæggelser og indlæggelsesdage, da der var for få tilfælde til at kunne lave stratificerede analyser.

FIGUR 3 KAPLAN MEIER KURVE DER ILLUSTRER TID TIL TILBAGEVENDEN TIL ARBEJDE I KØBENHAVN OPDELT FOR IBBIS II OG KONTROLGRUPPEN



FIGUR 4 KAPLAN MEIER KURVE DER ILLUSTRER TID TIL TILBAGEVENDEN TIL ARBEJDE I ÅRHUS OPDELT FOR IBBIS II OG KONTROLGRUPPEN



TABEL 3 FORSKEL MELLEM IBBIS II OG STANDARDINDSATS OPDELT PÅ KØBENHAVN OG AARHUS VED 12 MÅNEDERS OPFØLGNING

	Aarhus N=450			København N=450			
	kontrol vs, IBBIS	95% CI	P-værdi	kontrol vs, IBBIS	95% CI	p-værdi	P (interaktion)
<b>Tid til arbejde</b>	HR 1,36	1,06-1,73	0,01	HR 1,04	0,83-1,30	0,71	0,14
<b>Andel i arbejde</b>	OR 1,68	1,13-2,50	0,01	OR 0,89	0,61-1,31	0,57	0,03
<b>Andel i støttet arbejde</b>	OR 1,44	0,94-2,19	0,09	OR 0,73	0,47-1,14	0,17	0,03
<b>Uger i arbejde</b>	IRR 1,19	1,01-1,39	0,04	IRR 1,12	0,97-1,28	0,11	0,59
<b>Indkomst</b>	IRR 1,09	0,94-1,27	0,25	IRR 1,07	0,93-1,24	0,36	0,86
<b>Ambulante kontakter (psyk)</b>	IRR 5,26	0,95-29,02	0,06	IRR 1,55	0,79-3,01	0,20	0,14
<b>ambulante kontakter (somatik)</b>	IRR 1,25	0,85-1,83	0,26	IRR 0,56	0,38-0,83	0,003	0,004
<b>Primærsektor kontakter</b>	IRR 1,19	1,05-1,34	0,007	IRR 1,11	0,97-1,27	0,15	0,36

TTA= tid til arbejde. HR= Hazard Ratio, OR=Odds Ratio, IRR= Incidens Rate Ratio

### Effekt af IBBIS ved lav vs. høj baseline self-efficacy

I denne subgruppeanalyse undersøges effekten af IBBIS II opdelt på henholdsvis lav og høj self-efficacy målt med *University of Washington Self-Efficacy Scale*. Self-efficacy defineres som deltagerens tro på egen evne til at organisere og udføre de handlinger, som er nødvendige for at mestre fremtidige adfærdændring, på trods af fysiske eller psykiske udfordringer. Rationalet for denne analyse er en antagelse om at lav self-efficacy ved baseline reducerer chancen for at opnå beskæftigelse, men at IBBIS indsatsen måske kan kompensere for dette. Definitionen af lav self-efficacy er en sumscore  $\leq 42,6$ , som er medianen på den samlede population. Generelt ses den største forskel mellem kontrolgruppen og IBBIS gruppen blandt deltagere med en høj self-efficacy ved baseline, hvor kontrolgruppen klare sig bedre på alle de inkluderede beskæftigelsesmål, men dog kun statistisk signifikant ved det primære effektmål tid til arbejde, hvor der var der en bedre effekt i kontrolgruppen blandt deltagerne med høj self-efficacy ved baseline (HR=1,27 (95% CI 1,03-1,56)) sammenlignet med deltagere med lav self-efficacy (HR=1,04 (95% CI 0,80-1,36) P=0,001.

**TABEL 4 PRIMÆR OG SEKUNDÆRE BESKÆFTIGELSESMÅL OPDELT PÅ HENHOLDSVIS LAV OG HØJ BASELINE SELF-EFFICACY VED 12 MÅNEDERS OPFØLGNING.**

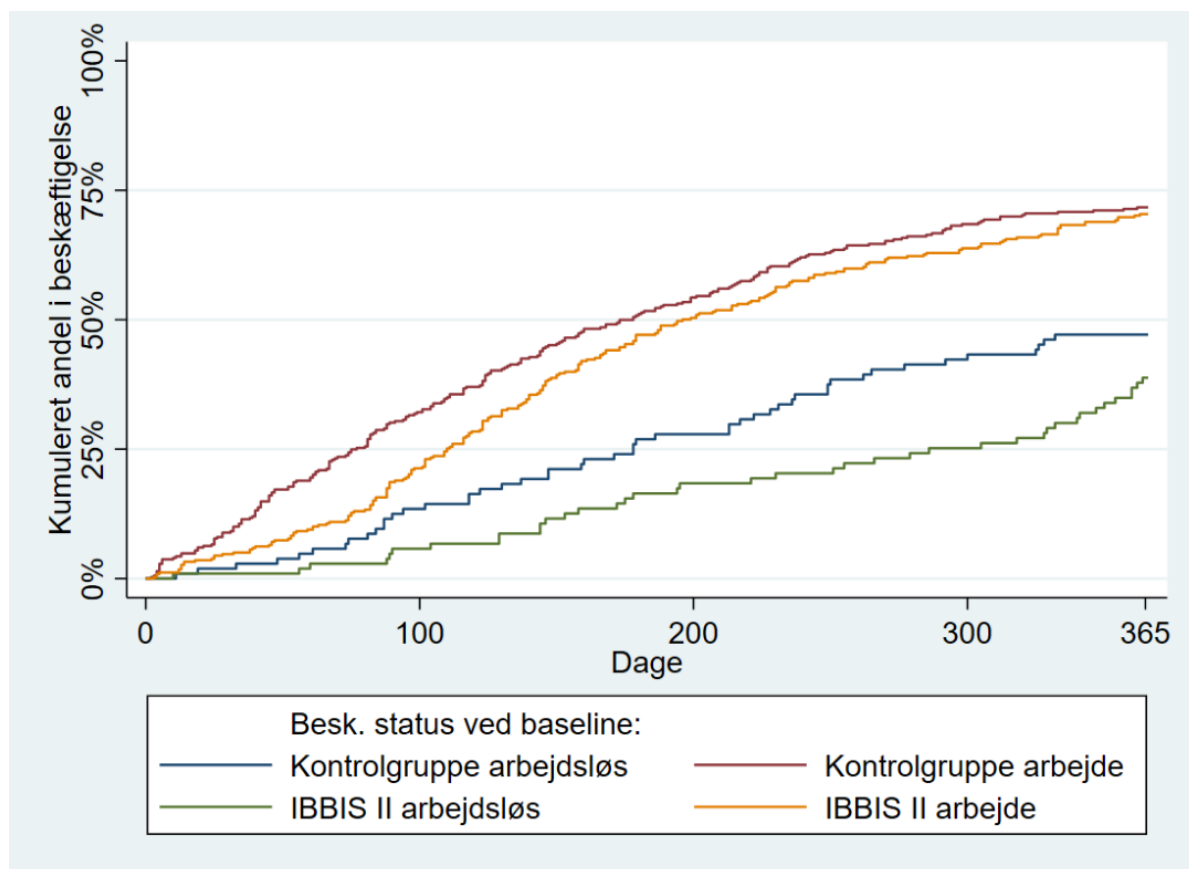
Effektmål Kontrol Vs. IBBIS	Lav SE ( $\leq 42,6$ )		Høj SE ( $> 42,6$ )		
	Estimat (95% CI)	P-værdi	Estimat (95% CI)	P-værdi	P(interaktion)
<b>TTA, HR</b>	HR 1,04 (0,80-1,36)	0,77	HR 1,27 (1,03-1,56)	0,03	0,001
<b>Andel i arbejde</b>	OR 1,18 (0,77-1,79)	0,45	OR 1,25 (0,87-1,79)	0,23	0,44
<b>Andel i støttet arbejde</b>	OR 1,03 (0,61-1,75)	0,90	OR 1,11 (0,76-1,62)	0,60	0,74
<b>Uger i arbejde</b>	IRR 1,10 (0,94-1,28)	0,26	IRR 1,18 (1,04-1,35)	0,01	0,63
<b>Indkomst</b>	IRR 1,05 (0,88-1,26)	0,57	IRR 1,08 (0,95-1,23)	0,25	0,95

**TTA= tid til arbejde. HR= Hazard Ratio, OR=Odds Ratio, IRR= Incidens Rate Ratio.**

### Effekt af IBBIS ved henholdsvis ansat eller ikke ansat ved baseline

Som forventet var der flere der kom tilbage til varigt arbejde, blandt de deltagere der var sygemeldt fra et job ved baseline sammenlignet med deltagere der var ledige, men forskellen mellem kontrolgruppen og IBBIS var størst i gruppen, der ikke var ansat ved baseline. I figur 5 er den blå og den grønne linje er dem, der kommer fra ledighed og den røde og den orange linje er dem, der er ansatte, men er sygemeldte. Som det fremgår af figuren, var der blandt gruppen af ledige ved baseline flere i kontrolgruppen der kom i arbejde sammenlignet med IBBIS gruppen, men denne forskel var ikke statistisk signifikant (HR=1.40 (95% CI 0.92-2.13) P=0.12). I tabel 5 er der en oversigt over alle primære og sekundære effektmål opdelt på arbejde eller ledighed ved baseline.

FIGUR 5 KAPLAN MEYER KURVE DER ILLUSTRER TID TIL TILBAGEVENDEN TIL ARBEJDE FOR DELTAGERE DER HAVDE ET ARBEJDE ELLER IKKE HAVDE ARBEJDE VED BASELINE OPDELT PÅ IBBIS II OG KONTROLGRUPPEN



TABEL 5 PRIMÆR OG SEKUNDÆRE EFFEKTMÅL VED 12 MÅNEDERS OPFØLGNING OPDELT PÅ DELTAGERE DER HAVDE ARBEJDE MEN VAR SYGEMELDT ELLER ARBEJDSLØS VED BASELINE.

	Arbejdsløs ved baseline			Arbejde ved baseline			
	Kontrol vs. IBBIS	95% CI	P-værdi	Kontrol vs. IBBIS	95% CI	p-værdi	P (interaktion)
<b>Tid til arbejde</b>	HR 1,40	0,92-2,13	0,12	HR 1,13	0,94-1,35	0,19	0,96
<b>Andel i arbejde</b>	OR 1,84	0,99-3,42	0,05	OR 1,09	0,80-1,47	0,60	0,12
<b>Andel i støttet arbejde</b>	IRR 1,35	0,77-2,39	0,30	IRR 0,92	0,64-1,33	0,66	0,16
<b>Uger i arbejde</b>	IRR 1,20	0,89-1,62	0,24	IRR 1,13	1,02-1,26	0,02	0,46
<b>Indkomst</b>	IRR 1,19	0,83-1,71	0,33	IRR 1,05	0,94-1,16	0,40	0,19
<b>ambulante kontakter (psykiatrien)</b>	IRR 4,45	1,27-15,62	0,02	IRR 1,60	0,80-3,20	0,18	0,43
<b>ambulante kontakter (somaticken)</b>	IRR 0,99	0,54-1,80	0,96	IRR 0,78	0,57-1,07	0,13	0,48
<b>Primærsektor kontakter</b>	IRR 1,04	0,85-1,26	0,70	IRR 1,19	1,07-1,32	0,001	0,15

TTA= tid til arbejde. HR= Hazard Ratio, OR=Odds Ratio, IRR= Incidens Rate Ratio

### Effekt af IBBIS II opdelt på diagnoser

I denne subgruppeanalyse stratificeres der for diagnosegruppe. Som tidligere beskrevet blev der i forsøget inkluderet få deltagere med funktionel lidelse (N=34) og personlighedsforstyrrelse (N=17), hvorfor analyserne vedrørende disse subgrupper skal fortolkes med forsigtighed. Den største gruppe var Stress (N=399) efterfulgt af Depression (N=297) og Angst (N=150). Hvis vi ser på arbejde på et tidspunkt i den 12 måneders opfølgingsperiode, var der samlet i begge grupper, flest i gruppen med angst der kom i arbejde (74%) efterfulgt af stress (70,68%), depression (53,87%), personlighedsforstyrrelse (47,06) og funktionel lidelse (41,18%). Der var ikke signifikant forskel mellem IBBIS og kontrolgruppen på det primære effektmål tid til arbejde i nogen af de diagnostiske subgrupper. Den største forskel mellem grupperne ses blandt deltagere med depression, hvor kontrolgruppen kommer hurtigst i arbejde (HR 1,31 (95% CI 0,96-1,80) P=0,09). I grupperne med funktionel lidelse og personlighedsforstyrrelse var det IBBIS gruppen der kom hurtigst i arbejde, men dette var meget små grupper og ikke statistisk signifikant. I tabel 6 er en oversigt over forskel mellem kontrol og IBBIS gruppen, på det primære effektmål opdelt på diagnosegruppe. De øvrige effektmål kan findes i bilag 1.

TABEL 6 PRIMÆR EFFEKTMÅL OPDELT PÅ DIAGNOSEGRUPPE.

	Kontrol vs. IBBIS	95% CI	P-værdi
<b>TTA 12 måneder HR</b>			P(interaktion)=0.22
<b>Angst</b>	HR 1,13	0,78-1,65	0,51
<b>Depression</b>	HR 1,31	0,96-1,80	0,09
<b>Funktionel lidelse</b>	HR 0,44	0,13-1,49	0,19
<b>Personlighedsforstyrrelse</b>	HR 0,20	0,02-1,72	0,14
<b>Stress</b>	HR 1,20	0,95-1,51	0,14

### Effekt af IBBIS II pilotstudiet præ Covid-19

Projektet startede inklusion af den første borger 1. maj 2019 og var oprindeligt planlagt til at slutte april 2022. På grund af covid-19, blev jobcentrene imidlertid lukket fra marts til juni 2020, hvilket betød at de allerede inkluderede borgere fik en afbrudt indsats. Det blev derfor vurderet at det ikke var hensigtsmæssigt at inkludere disse borgere i hovedforsøget, da de ikke havde modtaget indsatsen efter hensigten. Forsøgsperioden blev derfor forlænget som følge af nedlukningen, således at perioden fra 1. maj 2019 til 1. juni 2020 anses som et pilotprojekt. I tabel 6 er der en oversigt over effekterne af indsatsen blandt de deltagere der fik et afbrudt forløb. Der er som i hovedforsøget ingen effekt på det primære effektmål tid til arbejde, men der var en signifikant effekt på andelen i støttet beskæftigelse, hvor kontrolgruppen var mere i arbejde ved 12 måneders opfølgningen sammenlignet med IBBIS gruppen. Derudover var der, som i hovedforsøget, også flere kontakter i primærsektoren i kontrolgruppen sammenlignet med IBBIS.

TABEL 3 PRIMÆR OG SEKUNDÆRE EFFEKTMÅL VED 12 MÅNEDERS OPFØLGNING FØR COVID 19.

Pilot-studie før Covid 19			
	kontrol vs. IBBIS	95% CI	P-værdi
<b>Tid til TTA</b>	HR 1,15	0,88-1,50	0,31
<b>Andel i arbejde</b>	OR 1,17	0,78-1,77	0,44
<b>Andel i støttet arbejde</b>	OR 1,57	1,07-2,31	0,02
<b>Uger i arbejde</b>	IRR 1,14	0,95-1,36	0,16
<b>Indkomst</b>	IRR 0,96	0,81-1,13	0,61
<b>ambulante kontakter (psyk)</b>	IRR 1,55	0,74-3,23	0,24
<b>ambulante kontakter (somatikken)</b>	IRR 0,73	0,51-1,06	0,10
<b>Primærsektor kontakter</b>	IRR 1,15	1,02-1,29	0,02

**TTA= tilbagevenden til arbejde. HR= Hazard Ratio, OR=Odds Ratio, IRR= Incidens Rate Ratio**

### Programtrofasthedsmålinger

For at sikre at IBBIS II-indsatsen blev implementeret som beskrevet i projektets manualer, og at centrale principper blev overholdt, blev der gennemført tre programtrofasthedsmålinger i november 2019, 2020 og juni 2021. Målingerne blev udført af eksterne evaluatore, dvs. af medarbejdere der ikke var ansatte i IBBIS-projektet. Programtrofasthedsmålingerne blev gennemført ved interviews af IBBIS-teamets sundhedsfaglige personale, beskæftigelseskonsulenter, borgere og ledere, samt ved observation af møder og gennemgang af borgersager. Der blev anvendt en IBBIS II-programtrofasthedsskala med 25 punkter, der dækker over 5 områder relateret til 1) udredningen, 2) den integrerede indsats, 3) den sundhedsfaglige indsats, 4) beskæftigelsesindsatsen samt 5) organiseringen. Alle fem områder var vurderet essentielle for en vellykket implementering af IBBIS II indsatsen. Samtlige 25 punkter blev vurderet på en skala fra 1 til 5, der beskriver i hvilken grad de var implementeret i IBBIS-indsatsen. En højere score indikerede en mere optimal implementering. En score mellem 115-125 vurderes som eksemplarisk IBBIS fidelitet, 100-115 som god IBBIS fidelitet, 74-99 som nogenlunde IBBIS fidelitet og en score på 73 eller derunder vurderes ikke at være IBBIS II. I nedstående tabel ses den samlede score for henholdsvis Aarhus og København på de tre målinger.

TABEL 4 UDVIKLING I SCOREN I PROGRAMTROFASTHED

Programtrofastheds målinger	Aarhus	København
<b>November 2019</b>	90	90
<b>November 2020</b>	107	97
<b>Juni 2021</b>	106	104

Den første måling blev foretaget i pilotprojektet, hvor begge sites fik en score på 90, som er karakteriseret som nogenlunde IBBIS fidelitet. Begge medarbejdergrupper havde ved denne måling for meget fokus på praktik i stedet for ordinære beskæftigelse.

Ved første måling november 2020, var der i Aarhus en score på 107 (god fidelitet) og København en score på 97 (nogenlunde fidelitet). De største udfordringer i Aarhus var manglende brug af fælles planer ved treparts møder, manglende fokus på ordinære job, langsom kontakt til arbejdsgiver, samt begrænset støtte i efterværn ved tilbagevenden til arbejde (Alle med en score på tre eller under). I København var de største udfordringer teamets samarbejde via relationel koordinering, utilstrækkelig brug af trepartsmøder og brug af fælles planer, manglende pårørendeinddragelse, samt utilstrækkelig fokus på ordinære job, individualiseret jobsøgning, og hyppig opsøgende kontakt til arbejdsgivere for ledige deltagere, samt afholdelse af ugentlig supervision. Alle disse items havde en score på



3 eller under. Ved Fidelity målingerne i juni 2021 opnåede Aarhus en score på 106 og København 104, begge defineret som god IBBIS II fidelity. De laveste item scores i Aarhus var ved teamets fokus på ordinære job, hurtig kontakt til arbejdsgiver, hyppig opsøgende kontakt til arbejdsgivere for ledige deltagere, samt manglende supervision. I København var de største udfordringer, teamets samarbejde via relationel koordinering, utilstrækkelig anvendelse af treparts møde, teamets fokus på ordinære job, utilstrækkelig integration, samt utilstrækkelig anvendelse af supervision. Den sundhedsfaglig indsats var i begge sites vel implementeret over alle tre målinger.

Da begge sites steg i graden af implementering over tid, fra 90 til 104 points i København og 90 til 106 points i Aarhus, lavede vi en tillægsanalyse, hvor det udelukkende er deltagere fra den sidste halvdel af forsøget der er inkluderet. Dvs. fra den 1.2.2021 som ligger mellem anden og tredje måling og frem til afslutningen af forsøget. I denne opgørelse var der 143 deltagere (51,44%) i IBBIS gruppen der var i arbejde ved 12 måneders opfølgningen og 147 deltagere (52,13%) i kontrolgruppen. Til sammenligning var der i hele forsøgsperioden 47% i arbejde IBBIS gruppen og 51,7% i kontrolgruppen. Der var således en anelse flere der kom i arbejde i IBBIS i den sidste halvdel af forsøget, men fortsat flere i kontrolgruppen. Hvis vi ser på det primære effektmål tid til arbejde var forskellen mellem grupperne stort set uændret, hvor det fortsat var deltagerne i kontrolgruppen der kom hurtigst i arbejde (HR=1,16 (95%CI 0,95-1,43) p=0.141).

### Prædiktorer for tilbagevenden til arbejde

I tabel 8 er baseline karakteristikken beskrevet for den samlede population, opdelt på dem der i løbet af den 12 måneders opfølgingsperiode kom i ordinært arbejde, af minimum fire ugers varighed (N=575), samt dem der ikke kom i arbejde (N=325). Blandt mændene var der 64,66% der opnåede arbejde, hvilket gjorde sig gældende for 63,91% blandt kvinderne. Gennemsnitsalderen blandt dem der kom i arbejde, var 40,95 år og en anelse højere blandt dem der ikke kom i arbejde (42,3 år). Derudover var der en større andel af deltagerne med angst der kom i arbejde (74%) sammenlignet med stress (70,68%), depression (53,87%), funktionel lidelse (41,18%) og personlighedsforstyrrelse (47,06%).

I tabel 8 er der en oversigt over alle univariable og multivariable regressionsanalyser. For at kunne sammenligne de relative effekter af prædiktorer målt på forskellige skalaer, er alle kontinuerte variabler standardiseret, således at odds ratioen udtrykker den relative stigning i odds for beskæftigelse, når prædiktorvariablen stiger en standardafvigelse. Det vil sige at når alderen stiger en standardafvigelse (11 år), så er der 11% mindre odds for at opnå ordinær beskæftigelse (OR=0,89 95% CI 0,78-1,02 P=0,10). I den univariable analyse, hvor der ikke justeres for nogle af de øvrige variabler, er det størstedelen af de inkluderede variabler, som har en betydning i forhold til om deltageren opnår eller ikke opnår ordinær beskæftigelse. F.eks. er sandsynligheden for at komme i arbejde mindre for alle diagnosegrupper, med udtagelse af stress, når angst er referencegruppen. Derudover er en stigning i scoren med en standardafvigelse på følgende skalaer, associeret med lavere sandsynlighed for at komme i arbejde (DSQ, KES, LPFS-BF, CMSQ, SDS WSAS). Hvorimod en stigning i scoren på følgende skalaer er forbundet med en højere sandsynlighed for at komme i arbejde (RTW-SE og UW-SES). Derudover var ambulante kontakter i somatikken, kontakter til psykiater, psykolog og almen praksis et år før baseline, alle associeret med en øget sandsynlighed for ikke at opnå ordinær beskæftigelse.

I den multiple analyse medtages alle de variabler der er associeret med tilbagevenden til arbejde med en p-værdi under 0,1. Når disse variabler justeres for de øvrige prædiktorvariabler, var højere alder, højere score på DSQ Depression, Karolinska Exhaustion Scale – KES, og The Work and Social Adjustment Scale- WSAS, samt flere ambulante somatiske kontakter og kontakter til psykolog et år før baseline, associeret med lavere odds for at komme i arbejde. Det samme gør sig gældende for diagnoserne depression, stress og funktionel lidelse. Omvendt er en højere helbredsrelateret livskvalitet med EQ5D samt højere Self-efficacy målt med return to work self-efficacy scale (RTW-SE) associeret med øget sandsynlighed for at komme i arbejde. For det fulde overblik se tabel 8 og 9.

TABEL 5 BASELINE KARAKTERISTIK OPDELT PÅ DEM DER KOM I ARBEJDE VS. DEM DER IKKE KOM I ARBEJDE

	Ingen Arbejde N=322		Arbejde N=575	
	N	(%)	N	(%)
<b>Køn</b>				
Mand	82	(35,34)	150	(64,66)
Kvinde	240	(36,09)	425	(63,91)
<b>Diagnose</b>				
Angst	39	(26)	111	(74)
Depression	137	(46,13)	160	(53,87)
Stress	117	(29,32)	282	(70,68)
Funktionel lidelse	20	(58,82)	14	(41,18)
Personlighedsforstyrrelse	9	(52,94)	8	(47,06)
	<b>Gennemsnit</b>	<b>(SD)</b>	<b>Gennemsnit</b>	<b>(SD)</b>
<b>Alder</b>	42,3	(12,66)	40,95	(11,13)
DSQ Angst	6,52	(5,25)	5,42	(4,82)
DSQ Depression	3,94	(3,40)	2,68	(2,84)
DSQ Stress	21,10	(6,57)	19,01	(6,10)
DSQ somatisering	13,63	(6,02)	11,94	(5,96)
KES	79,69	(13,86)	76,67	(13,59)
LPFS-BF	13,67	(7,49)	12,13	(6,45)
CMSQ funktionel lidelse	16,85	(8,15)	14,59	(7,59)
CMSQ helbredsangst	8,08	(6,04)	6,59	(5,85)
SDS	20,07	(5,98)	17,82	(6,09)
WSAS	23,12	(8,39)	19,92	(8,20)
RTW-SE	3,08	(0,51)	3,27	(0,54)
UW_SES	40,91	(8,43)	44,08	(8,20)
QOLS	58,37	(12,77)	53,84	(11,95)
EQ5D-5L	49,81	(18,71)	58,66	(18,57)
EQ5D	0,85	(0,14)	0,89	(0,11)
Sygedagpenge uger Præ baseline	13,48	(6,81)	12,97	(5,54)
Amb. Psyk. Præ baseline	0,11	(0,61)	0,11	(0,87)
Dage somatik præ baseline	0,31	(1,36)	0,32	(1,61)
Amb. Somatik præ baseline	2,08	(4,29)	1,29	(2,70)
Kontakter psykiater præ baseline	0,27	(1,78)	0,09	(0,91)
Psykolog præ baseline	0,91	(2,93)	0,37	(1,69)
<b>Almen praksis præ baseline</b>	15,64	(8,52)	14,36	(8,37)

**DSQ= Four-Dimensional Symptom Questionnaire, CMSQ= Common Mental Disorders Questionnaire, SDS= Sheehan disability scale, WSAS= The Work and Social Adjustment Scale, RTW-SE= Return to work self-efficacy, UW-SES= University of Washington Self-Efficacy Scale, QOLS= The Quality of Life Scale**

TABEL 6 UNIVARIABLE OG MULTIVARIABLE PRÆDIKTORANALYSER

	Univariat OR	(95% CI)	P-værdi	Multipel OR	(95% CI)	P-værdi
Men	1,03	0,76 -1,41	0,84			
<b>Diagnose (ref. Angst)</b>						
Depression	0,41	0,27-0,63	0,00	0,56	0,33-0,92	<b>0,02</b>
Stress	0,85	0,55-1,29	0,44	0,31	0,13-0,75	<b>0,01</b>
Funktionel lidelse	0,25	0,11-0,53	0,00	0,30	0,10-0,92	<b>0,03</b>
Person.fors.	0,31	0,11 0,87	0,03	0,85	0,52-1,39	0,52
Alder (SD 12,66)	0,89	0,78-1,02	0,09	0,82	0,70-0,96	<b>0,01</b>
Site (Kbh.)	1,52	1,16-2,00	0,00	1,53	1,12-2,08	<b>0,01</b>
DSQ Angst	0,81	0,70-0,92	0,00	0,96	0,79-1,16	0,64
DSQ Depression	0,67	0,58-0,77	0,00	0,76	0,60-0,96	<b>0,02</b>
DSQ Stress	0,71	0,62-0,82	0,00	1,14	0,85-1,52	0,38
DSQ somatisering	0,75	0,66-0,87	0,00	0,77	0,59-1,00	0,05
KES	0,80	0,70-0,92	0,00	1,45	1,11-1,90	<b>0,01</b>
LPFS-BF	0,80	0,70-0,92	0,00	1,01	0,82-1,24	0,90
CMSQ funktionel lidelse	0,75	0,65-0,86	0,00	1,04	0,77-1,40	0,79
CMSQ helbredsangst	0,78	0,68-0,90	0,00	0,95	0,79-1,14	0,58
SDS	0,68	0,59-0,79	0,00	0,95	0,77-1,18	0,65
WSAS	0,67	0,58-0,78	0,00	0,80	0,65-0,99	<b>0,04</b>
RTW-SE	1,47	1,27-1,69	0,00	1,33	1,12-1,58	<b>0,00</b>
UW_SES	1,49	1,29-1,72	0,00	1,00	0,84-1,20	0,96
QOLS	0,69	0,60-0,79	0,00	0,90	0,74-1,10	0,30
EQ5D-5L	1,61	1,39-1,86	0,00	1,28	1,06-1,54	<b>0,01</b>
EQ5D	1,46	1,27-1,67	0,00	0,95	0,78-1,16	0,64
Sygedagpenge uger Præ baseline	0,92	0,80-1,05	0,23			
Amb. Psyk. Præ baseline	1,01	0,88-1,16	0,92			
Dage somatik præ baseline	1,01	0,88-1,16	0,89			
Amb. Somatik præ baseline	0,79	0,69-0,91	0,00	0,81	0,70-0,95	<b>0,01</b>
Kontakter psykiater præ baseline	0,88	0,76-1,01	0,07			
Psykiolog præ baseline	0,79	0,68-0,91	0,00	0,81	0,69-0,94	<b>0,01</b>
Almen praksis præ baseline	0,86	0,75-0,99	0,03	1,05	0,89-1,23	0,56

DSQ= Four-Dimensional Symptom Questionnaire, CMSQ= Common Mental Disorders Questionnaire, SDS= Sheehan disability scale, WSAS= The Work and Social Adjustment Scale, RTW-SE= Return to work self-efficacy, UW-SES= University of Washington Self-Efficacy Scale, QOLS= The Quality of Life Scale

## Diskussion

Den integrerede og optimerede beskæftigelsesindsats IBBIS II var ikke mere effektiv end kontrolgruppen på det primære effektmål, tid til ordinært arbejde med varighed på minimum 4 uger. Derimod var der en tendens til, at IBBIS II gruppen klarede sig dårligere på en række andre eksplorative beskæftigelsesmål, herunder tid til arbejde ved seks måneders opfølgningen og antal uger i arbejde ved 6 og 12-måneders opfølgning. Når effekterne af IBBIS II undersøges opdelt på Aarhus og København, var der en negativ effekt af IBBIS på det primære effektmål i Aarhus. Dog havde IBBIS gruppen færre ambulante psykiatriske kontakter, og færre kontakter i primærsektoren, herunder kontakter hos psykiater, psykolog og almen praksis.

Fidelitetsmålingerne konkludererede, at der var enten en nogenlunde eller god trofasthed til indsatsmanualerne, men zoomer man ind på de udfordringer der har været, er der begrænsninger der gjorde det vanskeligt at overholde kerneelementer af indsatsen. Nogle af de udfordringer der blev identificeret, var bl.a. utilstrækkelig brug af fælles planer og afholdelse af trepartsmøder, som er et afgørende element for den integrerede indsats. Derudover var der udfordringer med manglende fokus på ordinære jobs, hvor der i høj grad blev anvendt praktikker, og hvor hyppighed i kontakt til arbejdsgivere var utilstrækkelig. Dette er væsentlige elementer i beskæftigelsesindsatsen, som man fra IPS-indsatsen til personer med alvorlige sindslidelser, ved har afgørende betydning for ordinære ansættelser(15), men som også implementeringsforskningen har vist er yderst vanskeligt at implementere, og at det kan tage meget lang tid for kernemedarbejde at mestre.(16,17) Det kan derfor ikke udelukkes at de manglende effekter er et resultat af utilstrækkelig implementering af indsatsen. Den samlede implementering blev dog bedre i slutningen af forsøget, men her var der også udfordringer med for sen opsøgende kontakt til arbejdsgiver og brug af praktikker. Analyser der kun inkluderer den sidste halvdel af forsøgsperioden, hvor der var opnået en god IPS-fidelitet, viste at der var en anelse flere i IBBIS gruppen der kom i lønnet arbejde, men fortsat ikke flere sammenlignet med kontrolgruppen.

Den oprindelige IBBIS indsats, lignede i overordnede træk IBBIS II, med undtagelse af udvidelsen af målgruppen, og en opdateret og forbedret beskæftigelsesindsats, hvor der i manualer og undervisningen var større fokus på kontakten til arbejdspladsen og hvor behandlingsmanualer og organisering var opdateret. Med de relativt få deltagere med funktionelle lidelser og personlighedsforstyrrelser var populationerne i de to forsøg sammenlignelige. Den oprindelige IBBIS-indsats blev evalueret i to lodtrækningsforsøg i perioden 2016 til 2018, og resultaterne blev dermed først offentliggjort efter IBBIS II indsatsen var igangsat. De to lodtrækningsforsøg havde det samme design og anvendte de samme metoder, men henvendte sig til forskellige målgrupper. Det første forsøg henvendte sig til borgere sygemeldt med angst og depression(18), og det andet forsøg, borgere med stress-relaterede tilstande(19). Deltagerne blev ved lodtrækning tildelt en af tre indsats 1) en integrerede indsats i IBBIS, 2) En forstærket sundhedsindsats i IBBIS sammen med den almindelige beskæftigelsesindsats i jobcentrene eller 3) Den almindelige indsats i jobcentrene og i sundhedsvæsenet. Resultaterne fra forsøget vedrørende borgere sygemeldt med angst eller depression, viste ikke forskel mellem grupperne på det primære effektmål, tid til tilbagevenden til arbejde ved 12-måneders opfølgningen, men ved 12 måneders opfølgning, var der flere borgere i den integrerede indsats som var i arbejde (56,2%) sammenlignet med standardindsatsen (45%). Til sammenligning var der 47% i IBBIS II gruppen og 51,7% i kontrolgruppen der var i ordinært arbejde. I det andet RCT som inkluderede borgere med stress-relaterede tilstande var standardindsatsen bedre end den integrerede indsats, på effektmålet tid til arbejde ved både 12 måneder. Resultaterne i det oprindelige IBBIS forsøg og IBBIS II, er dermed meget ens, og den yderligere opdatering af indsatsen i IBBIS II gav ikke anledning til hurtigere tilbagevenden til arbejde. I det nærværende IBBIS II forsøg var opfølgningsperioden op til 12 måneder. Da resultaterne viste at grupperne nærmere sig hinanden ved den sidste 12 måneders måling kunne en hypotese være, at en længere opfølgning op til 24 måneder, vil vise beskæftigelseeffekter af IBBIS II. Der er dog ikke noget der tyder på, at dette vil ske ud fra resultaterne i det oprindelige IBBIS forsøg, hvor en længere opfølgning på 24 måneder ikke ændrede på resultaterne(20).

Med hensyn til de færre kontakter i den ambulante psykiatri og i primærsektoren i det nærværende forsøg, er det ikke muligt at fastslå om dette skyldes at IBBIS-II deltagerne modtog en sundhedsfaglig indsats i forbindelse med IBBIS II-indsatsen, samt en efterfølgende reduktion i symptomniveauet, fordi opfølgningsperioden starter ved baseline og

derfor indeholder perioden, hvor IBBIS-II indsatsen blev givet. Derudover blev der ikke foretaget før og efter måling på symptomniveau og det er derfor ikke muligt at konkludere om der har været en egentlig bedring i symptomer for gruppen. Hvis vi her inddrager erfaringerne fra det oprindelige IBBIS forsøg, var der forskelle mellem den integrerede IBBIS gruppe og standardindsatsen, hvor deltagerne med angst og depression oplevede reduktion i stress og udbrændthed, men der var ikke forskel mellem grupperne i forhold til angst- og depressionssymptomer. Deltagerne med stress som hoveddiagnose, oplevede færre angstsymptomer og oplevede mindre udbrændthed, men forskellene blev i begge forsøg ikke vurderet af klinisk relevans. Umiddelbart er den mest nærliggende forklaring, at forskellen mellem de to grupper skyldes, at gruppen i IBBIS-II modtog en sundhedsfaglig indsats i forbindelse med deres tilknytning til IBBIS-teamet, mens kontrolgruppen fik deres sundhedsfaglige indsats af de normale kanaler. Det skal tilføjes, at begrundelsen for at give en sundhedsfaglig indsats i IBBIS-indsatsen, var at viden på området, pegede på, at målgruppen ikke modtog behandling svarende til "state of the art" på området og at dette kunne være grunden til langsom tilbagevende til arbejde,(21) men opgørelser fra det oprindelige IBBIS forsøg viste, at deltagerne i kontrolgruppen fik langt mere behandlingsindsats end først antaget(22).

Kontrolgruppen fik ligesom indsatsgruppen også en grundig udredning i tillæg til standardindsatsen og en antagelse er at dette kan føre til en mere rettidig og bedre behandling, ved de indsatser der normalt tilbydes i jobcenteret og i behandlingspsykiatrien. Erfaringerne fra det oprindelige IBBIS forsøg viste dog, at dette ikke er tilfældet. I et tillægsstudie, som endnu ikke er publiceret, sammenlignes deltagerne der fik udredning i tillæg til standardindsats, med en kontrolgruppe som udelukkende modtog standardindsatsen. Her ses det, at udredningen ikke havde nogen effekt på beskæftigelse ved 12 måneders opfølgningen, men at deltageren der havde modtaget udredning i gennemsnit var færre uger i arbejde og havde længere sygefravær. På lignende måde kan et tilbud om en sundhedsfaglig indsats i IBBIS-teamet muligvis have medført en fastholdelseeffekt. Programtrofasthedsmålingerne i IBBIS II viste, at sundhedsindsatsen var vel implementeret, både i forhold til anvendelsen af stepped care princippet, men også i forhold til brugen af psykoedukation, kognitiv adfærdsterapi og stress behandling. Vi kan imidlertid ikke udelukke, at behandlingsindsatsen kan have forlænget tiden til første kontakt til arbejdsgiver. Omvendt kan det heller ikke udelukkes, at deltagerne fik netop den behandling de havde brug for, men at beskæftigelsesindsatsen ikke har været tilstrækkelig eller timingen forkert i forhold til den enkeltes sygdomsforløb. Dermed kan det også diskuteres om det om det valgte primære effektmål, tid til beskæftigelse, er det bedste mål til at undersøge effekter af en integreret sundhedsfaglig og beskæftigelsesrettet indsats for sygedagpengemodtagere, eller om det vil være mere oplagt eller rimeligt, at have et mål der kombinerer symptomreduktion og beskæftigelse.

I nærværende studie var der væsentlige forskelle i beskæftigelsesgraden imellem de to sites, hvor deltagerne i både indsats og kontrolgruppe i København kom mere i ordinær beskæftigelse, sammenlignet med deltagerne i Aarhus. En mulig forklaring på denne forskel er, at der i Aarhus var flere deltagere der var arbejdsløse ved baseline (27,23%) sammenlignet med København (19,37%), og at der var flere deltagere med angst i København (22,07%) sammenlignet med Aarhus (12,05%). Begge dele viste sig i projektet at have stor betydning for om deltagerne opnåede ordinær beskæftigelse. Med resultaterne fra dette forsøg er det ikke muligt at komme med yderligere forklaringer på denne væsentlige forskel, da Aarhus teamet ikke havde en dårligere implementering af indsatsen, sammenlignet med København, men det faktum at jobcenteret i København også var en del af det oprindelige IBBIS forsøg, kan muligvis have haft en afsmittende effekt på kvaliteten af den generelle indsats i København, og samtidig også gjort det lettere at implementere indsatsen, da jobcenteret i forvejen havde erfaringer med metoden, men dette var dog ikke afspejlet i Fidelity målingerne.

IBBIS II forsøget stiller sig dermed desværre i rækken af andre tidligere beskæftigelsesprojekter til personer med lettere sindslidelser, hvor der ikke var effekter af særligt tilrettelagte og integrerede indsatser. Der er endnu ikke etableret en effektiv evidensbaseret indsats for målgruppen, som man f.eks. har set med IPS-indsatsen til personer med svære sindslidelser, der konsekvent har vist positive effekter i en lang række randomiserede forsøg i Danmark og resten af verden(23). I en nyligt publiceret metaanalyse der undersøger effekten af IPS til personer milde til moderate psykiske lidelser, hvor der samarbejdes med den eksisterende behandling, ses der dog små beskæftigelseseffekter af IPS-

indsatsen(24), men det er baseret på få studier, og effektstørrelsen er lille sammenlignet med IPS til personer med svære sindslidelser. Derudover bliver størstedelen af den samlede effekt løftet af ét studie, som i tillæg til IPS også tilbyder arbejdsrelateret kognitiv terapi. Alt i alt forestår der derfor et yderligere udviklings- og forskningsarbejde på området for at udvikle og afprøve virksomme indsatser til målgruppen.

## Styrker og svagheder ved forsøget

IBBIS II forsøget blev omhyggeligt planlagt og en række potentielle bias blev forsøgt undgået for at sikre undersøgelsens kvalitet og validitet. Styrkerne ved forsøgene er for det første, at der blev lavet en styrkeberegning for at de primære og sekundære effektmål, der minimerer risikoen for falske negative resultater. For det andet blev der lavet en detaljeret statistisk analyseplan, systematisk rapportering af alle resultater og kun mindre protokolafvigelser, alt sammen udtømmende rapporteret for at undgå selektiv rapportering af effektmål. For det tredje blev der anvendt central randomisering med stratificering af prædiktive variabler, og alle forskere var blindet for allokering, og blindingen blev opretholdt til alle analyser var færdige og konklusionen var skrevet, så forskerne kunne holde sig objektive i hele analysefasen og ved udarbejdelsen af konklusionen. Anvendelsen af registerdata sikrede ca. 100% opfølgning på alle de inkluderede effektmål. Der var også begrænsninger ved forsøget. Deltagerne var ikke blindede for interventionen, hvilket kan have skabt forventningsbias, herunder lave forventninger til indsatser i kontrolgruppen. Medarbejderne i IBBIS-indsatsen var heller ikke blindede, hvilket kan have bidraget til anden eller større effekt end indsatsen ville have i drift, altså når den leveres uden det er som led i et randomiseret forsøg. En anden begrænsning ved forsøget var at survey vedr. symptomer, funktion og self-efficacy kun blev gennemført ved baseline, og ikke opfølgning. En opfølgning af disse mål kunne have bidraget til en mere nuanceret forståelse af effekterne af IBBIS II interventionen og styrket kvaliteten af studiet, herunder om de færre kontakter til psykiatrien og primærsektoren skyldes at sundhedsindsatsen gav reduktion i symptomer og om deltagerne var mere tilfredse med den indsats de fik. Der kan også have forekommet selektionsbias i forsøget. Under rekrutteringen blev det tydeligt at der var en relativ stor andel som ikke ønskede at deltage i forsøget, da de havde en privat sundhedsforsikring, som de ønskede at aktivere. Det kan have haft en betydning i forhold til at der var flere ledige der kom med i projektet, da de ikke har en privat sundhedsforsikring, men det forventes ikke at have betydning for effekterne af IBBIS II sammenlignet med kontrolgruppen, da det var en selektion der blev foretaget inden randomiseringen og hermed forventes at være ligeligt fordel mellem de to grupper. Slutteligt var det en begrænsning, at forsøget blev afbrudt pga. covid 19 hvilket reducerede antallet af deltagere, og en stor begrænsning at det ikke lykkedes at inkludere tilstrækkeligt med deltagere med personlighedsforstyrrelse og funktionelle lidelser, til at kunne foretage meningsfulde analyser til beskrivelse af effekter af indsatsen på disse målgrupper.

## Konklusion

Der var ikke statistisk signifikant forskel mellem IBBIS II og kontrolgruppen på det primære effektmål, tid til ordinært arbejde med varighed på minimum 4 uger. Der var dog en tendens til at IBBIS II gruppen klarede sig dårligere på en række andre eksplorative beskæftigelsesmål, herunder tid til arbejde ved seks måneders opfølgningen og antal uger i arbejde ved seks og tolv måneders opfølgning. Når effekterne af IBBIS II undersøges opdelt på Aarhus og København, var der en negativ effekt af IBBIS på det primære effektmål i Aarhus. Dog havde IBBIS gruppen færre ambulante psykiatriske kontakter, og færre kontakter i primærsektoren, herunder kontakter hos psykiater, psykolog og almen praksis. Da der er indlejret en sundhedsfaglig indsats i IBBIS-II indsatsen, som gives i en del af opfølgningsperioden, kan det ikke afgøres om forskellen skyldes dette, eller om det skyldes at deltagerne i IBBIS-II indsatsen havde mindre behov for behandling i den resterende del af opfølgningsperioden. På baggrund af disse resultater anbefales det ikke at IBBIS II indsatsen implementeres bredt i sin nuværende form.

## Referencer

1. OECD. Mental Health and Work: Denmark [Internet]. OECD Publishing; 2013 Feb. (Mental Health and Work). Available from: [http://www.oecd-ilibrary.org/employment/mental-health-and-work-netherlands\\_9789264223301-en](http://www.oecd-ilibrary.org/employment/mental-health-and-work-netherlands_9789264223301-en)
2. Poulsen R, Hoff A, Fisker J, Hjorthøj C, Eplov LF. Integrated mental health care and vocational rehabilitation to improve return to work rates for people on sick leave because of depression and anxiety (the Danish IBBIS trial): study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2017;18.
3. Poulsen R, Fisker J, Hoff A, Hjorthøj C, Eplov LF. Integrated mental health care and vocational rehabilitation to improve return to work rates for people on sick leave because of exhaustion disorder, adjustment disorder, and distress (the Danish IBBIS trial): Study protocol for a randomized controlled tri. *Trials*. 2017;18(1):1–14.
4. Boutron I, Altman DG, Moher D, Schulz KF, Ravaud P, CONSORT NPT Group. CONSORT Statement for Randomized Trials of Nonpharmacologic Treatments: A 2017 Update and a CONSORT Extension for Nonpharmacologic Trial Abstracts. *Ann Intern Med*. 2017 Jul;167(1):40–7.
5. Terluin B, van Marwijk HWJ, Adèr HJ, de Vet HCW, Penninx BWJH, Hermens MLM, et al. The Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ): A validation study of a multidimensional self-report questionnaire to assess distress, depression, anxiety and somatization. *BMC Psychiatry*. 2006;6.
6. Mundt JC, Marks IM, Shear MK, Greist JH. The Work and Social Adjustment Scale: A simple measure of impairment in functioning. *British Journal of Psychiatry*. 2002;180(MAY):461–4.
7. Saboonchi F, Perski A, Grossi G. Validation of Karolinska Exhaustion Scale: psychometric properties of a measure of exhaustion syndrome. *Scand J Caring Sci* [Internet]. 2013 Dec;27(4):1010–7. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1471-6712.2012.01089.x>
8. Bach B, Hutsebaut J. Level of Personality Functioning Scale–Brief Form 2.0: Utility in Capturing Personality Problems in Psychiatric Outpatients and Incarcerated Addicts. *J Pers Assess* [Internet]. 2018;100(6):660–70. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1471-6712.2012.01089.x>
9. Organisation WH. Wellbeing Measures in Primary Health Care/ The Depcare Project. Report on a WHO Meeting [Internet]. 1998;45. Available from: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0016/130750/E60246.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/130750/E60246.pdf)
10. Sheehan D V., Harnett-Sheehan K, Raj BA. The measurement of disability. In: *International Clinical Psychopharmacology*. Lippincott Williams and Wilkins; 1996. p. 89–95.
11. Lagerveld SE, Blonk RWB, Brenninkmeijer V, Schaufeli WB. Return to work among employees with mental health problems: Development and validation of a self-efficacy questionnaire. *Work Stress*. 2010 Oct;24(4):359–75.
12. Amtmann D, Bamer AM, Cook KF, Askew RL, Noonan VK, Brockway JA. University of Washington self-efficacy scale: A new self-efficacy scale for people with disabilities. *Arch Phys Med Rehabil* [Internet]. 2012 Oct 1 [cited 2019 Nov 20];93(10):1757–65. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003999312003206?via%3Dihub>
13. Burckhardt CS, Anderson KL. The Quality of Life Scale (QOLS): reliability, validity, and utilization. *Health Qual Life Outcomes* [Internet]. 2003 Oct 23;1(60):60. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0003999312003206>
14. Turner N, Campbell J, Peters TJ, Wiles N, Hollinghurst S. A comparison of four different approaches to measuring health utility in depressed patients. *Health Qual Life Outcomes* [Internet]. 2013 May 9;11(1):81. Available from: <http://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/1477-7525-11-81>

15. Kim SJ, Bond GR, Becker DR, Swanson SJ, Langfitt-Reese S. Predictive validity of the Individual Placement and Support fidelity scale (IPS-25): A replication study. *J Vocat Rehabil.* 2015 Oct 15;43(3):209–16.
16. Bonfils IS, Hansen H, Dalum HS, Eplov LF. Implementation of the individual placement and support approach—facilitators and barriers. *Scandinavian Journal of Disability Research [Internet].* 2017;19(4):318–33. Available from: <http://dx.doi.org/10.1080/15017419.2016.1222306>
17. Hutchinson J, Gilbert D, Papworth R, Boardman J. Implementing supported employment. Lessons from the making IPS Work Project. *Int J Environ Res Public Health.* 2018;15(7):1–16.
18. Hoff A, Poulsen RM, Fisker J, Hjorthøj C, Rosenberg N, Nordentoft M, et al. Integrating vocational rehabilitation and mental healthcare to improve the return-to-work process for people on sick leave with depression or anxiety: results from a three-arm, parallel randomised trial. *Occup Environ Med.* 2022 Feb 1;79(2):134–42.
19. Hoff A, Fisker J, Poulsen RM, Hjorthøj C, Rosenberg NK, Nordentoft M, et al. Integrating vocational rehabilitation and mental healthcare to improve the return-to-work process for people on sick leave with stress-related disorders: results from a randomized trial. *Scand J Work Environ Health.* 2022 Jul 1;48(5):361–71.
20. Hoff A, Poulsen RM, Fisker JP, Hjorthøj C, Nordentoft M, Christensen U, et al. Integrated Mental Healthcare and Vocational Rehabilitation for People on Sick Leave with Anxiety or Depression: 24-Month Follow-up of the Randomized IBBIS Trial. *J Occup Rehabil.* 2023;
21. Mandrup Poulsen R, Hoff A, Peter Fisker J, Sorgenfrei Blom E, Hjorthøj C, Falgaard Eplov L. IBBIS Study Protocol: Integrated mental health care and vocational rehabilitation to improve return to work rates for people on sick leave because of common mental disorders (IBBIS) [Internet]. [cited 2023 Sep 8]. Available from: <https://www.psykiatri-regionh.dk/om-hospitalet/udvikling/ibbis/Documents/Protokol.pdf>
22. Bøgevik Bjørkedal ST, Hoff AH, Eplov L. Resultater fra effektevaluering af IBBIS-projektet [Internet]. 2021 [cited 2023 Sep 4]. Available from: <https://www.star.dk/media/21052/effektevaluering-af-projekt-ibbis-i.pdf>
23. Modini M, Joyce S, Mykletun A, Christensen H, Bryant RA, Mitchell PB, et al. The mental health benefits of employment: Results of a systematic meta-review. *Australasian Psychiatry.* 2016;24(4):331–6.
24. De Winter L, Couwenbergh C, Van Weeghel J, Sanches S, Michon H, Bond GR. Who benefits from individual placement and support? A meta-analysis. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2022 Jul 11;31.



## Bilag

BILAG 1 BESKÆFTIGELSESRETTEDE EFFEKTMÅL OPDELT PÅ DIAGNOSEGRUPPE.

	kontrol vs. IBBIS HR	95 % CI	P-værdi
<b>TTA 12 måneder</b>			P(interaktion)=0.22
Angst	1.13	0.78-1.65	0.51
Depression	1.31	0.96-1.80	0.09
Funktionel lidelse	0.44	0.13-1.49	0.19
Personlighedsforstyrrelse	0.20	0.02-1.72	0.14
Stress	1.20	0.95-1.51	0.14
<b>Andel i arbejde 12 mdr, OR</b>			
Angst	1.39	0.70-2.75	0.35
Depression	1.26	0.79-2.02	0.33
Funktionel lidelse	1.24	0.22-6.86	0.81
Personlighedsforstyrrelse	0.12	0.01-1.57	0.11
Stress	1.21	0.81-1.81	0.35
<b>Andel i støttet arbejde 12 mdr, OR</b>			
<b>Diagnose</b>			P(interaktion)=0.32
Angst	1.09	0.47-2.50	0.84
Depression	1.40	0.87-2.26	0.17
Funktionel lidelse	0.33	0.05-2.00	0.23
Personlighedsforstyrrelse	0.18	0.01-2.51	0.20
Stress	0.85	0.52-1.38	0.51
<b>Uger i arb. 12 mdr, IRR</b>			
<b>Diagnose</b>			P(interaktion)=0.27
Angst	0.93	0.75-1.16	0.54
Depression	1.24	1.02-1.52	0.03
Funktionel lidelse	1.12	0.62-2.01	0.71
Personlighedsforstyrrelse.	38.32	2.39-613.53	0.01
Stress	1.16	1.01-1.34	0.04
<b>indkomst, 12 mdr, IRR</b>			
<b>Diagnose</b>			P(interaktion)=0.58
Angst	1.05	0.81-1.35	0.72
Depression	1.20	0.96-1.48	0.10
Funktionel lidelse	1.04	0.57-1.88	0.90
Personlighedsforstyrrelse	1.75	0.31-9.79	0.52
Stress	1.01	0.88-1.15	0.91

BILAG 2 BRUG AF SUNDHEDSSERVICE OPDELT PÅ DIAGNOSEGRUPPE.

	Kontrol vs. IBBIS HR	95 % CI	P-værdi
<b>Psykiatriske ambulante kontakter</b>			
<b>Diagnose</b>			P(interaktion)=0.72
Angst	1.26	1.01-1.58	0.04
Depression	1.20	1.02-1.42	0.03
Funktionel lidelse	1.02	0.61-1.69	0.95
Personlighedsforstyrrelse	1.38	0.93-2.04	0.11
Stress	1.09	0.95-1.25	0.22
<b>Somatiske ambulante kontakter</b>			
<b>Diagnose</b>			P(interaktion)=0.03
Angst	0.29	0.02-5.60	0.41
Depression	1.51	0.66-3.44	0.32
Funktionel lidelse	64.50	5.72-727.00	0.001
Personlighedsforstyrrelse	225.85	27.65-1844.99	<0.001
Stress	1.52	0.30-7.65	0.61
<b>Primærsektor kontakter</b>			
<b>Diagnose</b>			P(interaktion)=0.72
Angst	1.26	1.01-1.58	0.04
Depression	1.20	1.02-1.42	0.03
Funktionel lidelse	1.02	0.61-1.69	0.95
Personlighedsforstyrrelse	1.38	0.93-2.04	0.11
Stress	1.09	0.95-1.25	0.22

**BILAG 4 BASELINE KARAKTERISTIK OPDELT FOR IBBIS II OG KONTROLGRUPPEN OPDELT PÅ AARHUS OG KØBENHAVN**

	<b>IBBIS II (N=446)</b>	<b>Kontrol (N=454)</b>	<b>IBBIS II Aarhus</b>	<b>Kontrol Aarhus</b>	<b>IBBIS II Kbh</b>	<b>Kontrol Kbh</b>
<b>Alder gn, (SD)</b>	41,9 (11,8)	41,0 (11,6)	42,70 (11,72)	41,17 (11,8)	41,19 (11,87)	40,81 (11,28)
<b>Diagnose N, (SD)</b>						
Angst	76 (17.0%)	74 (16.3%)	27 (12,05%)	20 (8,85%)	49 (22,07%)	54 (23,68%)
Depression	139 (31.2%)	159 (35.0%)	63 (28,13%)	81 (35,84%)	76 (34,23%)	78 (34,21%)
Stress	200 (44,8%)	201 (44,3%)	123 (54,91%)	114 (50,44%)	77 (34,68%)	87 (38,16%)
Personlighedsforstyrrelse	11 (2,5%)	6 (1,3%)	2 (0,89%)	1 (0,44%)	9 (4,05%)	5 (2,19%)
Funktionel lidelse	20 (4,5%)	14 (3,1%)	9 (4,02%)	10 (4,42%)	11 (4,95%)	4 (1,75%)
<b>Arbejdsløs baseline N, (SD)</b>	103 (23,1%)	105 (23,1%)	61 (27,23)	59 (26,11)	43 (19,37%)	45 (19,74%)
<b>Mænd N (%)</b>	113 (25,3%)	120 (26,4%)	60 (26,79%)	61 (26,99%)	53 (23,87%)	59 (25,88%)
<b>Spørgeskemaer Gennemsnit, (SD)</b>						
Sheehan Disability Scale	18,4 (6,3)	18,8 (6,0)	18,91 (6,40)	19,09 (5,68)	17,97 (6,21)	18,58 (6,24)
Work and Social Adjustment Scale	21,3 (8,4)	20,9 (8,4)	21,76 (8,35)	21,23 (7,73)	20,84 (8,42)	20,55 (9,05)
Return to work self- efficacy -RTW-SE	3,2 (0,5)	3,2 (0,6)	3,16 (0,50)	3,20 (0,54)	3,22 (0,52)	3,23 (0,58)
University of Washington Self-Efficacy Scale	42,6 (8,4)	43,2 (8,5)	42,62 (9,13)	42,04 (8,31)	42,67 (7,53)	44,39 (8,48)
The Quality-of-Life Scale	55,3 (12,5)	55,7 (12,4)	55,43 (12,17)	55,83 (12,39)	55,23 (12,87)	55,52 (12,39)